Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 13. 27. marca 1932. Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. Tadeusz OSTROWSKI. Lwów.

W sprawie leczenia chirurgicznego ropni płuc.

Wiele zmieniło się w nauce o chorobach płuc od czasu, kiedy Laennec twierdził, że niema rzadszych organicznych zmian chorobowych, jak prawdziwe zbiorowiska ropy wśród tkanki płucnej. Zwłaszcza w okresie lat ostatnich coraz częściej spotykamy liczne prace, czy to kazuistyczne, czy też monografje, dotyczące sprawy ropni płuc, ich patogenezy i leczenia; piśmiennictwo niemieckie, amerykańskie, a także francuskie wykazują wielką różnorodność postaci klinicznych tych ropni, nie dających się przewidzieć form ich rozwoju i przebiegu, wobec czego sprawa rokowania i leczenia jest niezmiernie trudna i zawikłana.

W miarę nagromadzania się materjału klinicznego, co w ostatnich latach, dzięki postępom techniki diagnostycznej, dało się wybitnie zauważyć, powoli zaczynają się wyłaniać zasady postępowania leczniczego, co do których wśród internistów i chirurgów wytwarza się zbawienne dla chorych porozumienie; daleko jeszcze do powszechnego uzgodnienia poglądów, w większych jednak ośrodkach leczniczych powstają ugrupowania internistów i chirurgów, których współpraca daje korzystne wyniki.

Praca niniejsza jest oparta na materjale, wynoszącym 35 przypadków ropni płuc leczonych operacyjnie, pochodzących i oddanych nam przedewszystkiem z oddziałów wewnętrznych Szpitala Państwowego we Lwowie, za co ordynatorom tych oddziałów Doc. Dr. Czerneckiemu i Doc. Dr. Ziembickiemu jestem szczerze zobowiązany.

Na podstawie spostrzeżeń, opartych na powyższym materjale, przy uwzględnieniu piśmiennictwa naszego i zagranicznego, postaram się wypowiedzieć pewne uwagi odnośnie do sprawy leczenia ropni płuc.

Z punktu widzenia praktycznego leczenia ropni płuc napotykamy główne trudności: 1) pod względem rozpoznawczym, 2) pod względem wyboru odpowiedniego momentu i odpowiedniego sposobu leczenia operacyjnego.

W szeregu schorzeń narządu oddechowego, w następstwie których dochodzi do wytworzenia się zbiorowiska ropy w głębi utkania miąższu płucnego, można wysunąć grupę, w skład której wchodzą trzy cierpienia, wyodrębniane pod względem anatomo-patologicznym jako jednostki samodzielne, a mianowicie ropień płuca, zgorzel płuca i międzypłatowe ropne zapalenie opłucnej; jakkolwiek patogeneza tych schorzeń jest dla każdego z nich różna, to jednak ze względów praktycznych, a zwłaszcza pod kątem widzenia leczenia tych schorzeń drogą operacyjną, możemy je ująć w jedną grupę. W okresach początkowego rozwoju klinicznie cierpienia te przedstawiają swoje cechy dla różniczkowego rozpoznania ważkie, w okresach zaś późniejszych, kiedy powstaje sprawa wskazania do wkroczenia chirurgicznego, różnice te zacierają się, a co ważniejsza, nawet w czasie operacji najczęściej nie można z całą pewnością ustalić z jakiego pochodzenia nagromadzeniem ropy mamy do czynienia.

Najczęściej stwierdza się jamy o nieprawidłowych zarysach, ściany ich nie przypominają blaszek opłucnej, często wśród nich znajdują się strzępki tkanki płucnej, świadczące o zniszczeniu miąższu płucnego; połączenia z oskrzelami wykazują zmiany w wymiarach tych ostatnich, a jak wiemy, rozszerzenia tych oskrzeli dookoła ognisk ropnych świadczą zdecydowanie o śródpłucnem umiejscowieniu tych ostatnich.

Badanie sekcyjne wykazuje najczęściej zlepy opłucnowe międzypłatowe, a jak wiemy, dla międzypłatowego zapalenia ropnego opłucnej cechą charakterystyczną jest zachowanie blaszek opłucnej, otaczającej ropę nagromadzoną, która na niewielkiej tylko przestrzeni może przebić opłucną i przedostać się do oskrzela. W następstwie tego spotykamy autorów, jak Kourylski, Sergent, Lemiere, Rist, którzy podają w wątpliwość istnienie, jako odrębnej jednostki chorobowej, międzypłatowego ropnego zapalenia opłucnej. Leriche, a także Sauerbruch uważają za konieczne wspólne omawianie zagadnienia wskazań leczenia operacyjnego ropni płuc i ich ograniczonej zgorzeli ze względu na brak podstaw do różniczkowego rozpoznania tych cierpień w okresie, kiedy operacja staje się zagadnieniem aktualnem.

Uwagi powyższe przytaczam na usprawiedliwienie tego, że także w moim materjale, obejmującym 35 przypadków, nazwanych ropniami płuc, ściśle rozpoznania anatomo-patologiczne należy brać z pewnem zastrzeżeniem, gdyż, jak widzimy, nie można zawsze z całą bezwzględnością rozstrzygać sprawy patogenezy, jednak z punktu widzenia operacyjnego przypadki te przedstawiały się, jako typowe ropnie płuc; 9 przypadków, które zakończyły się śmiercią po operacji, badanych sekcyjnie w Instytucie Anatomji Patologicznej Uniwersytetu J. K. (Dyrektor Prof. Dr. Nowicki), wykazywało również typowe zmiany dla ropni płuc.

Badanie rentgenologiczne, wykonywane w późnych okresach rozwoju tych cierpień, nie daje dostatecznych podstaw do różniczkowania zmian anatomo-patologicznych i ich patogenezy; ropień płuca, zgorzel płuca, ograniczona do jednego ogniska, jako nadająca się do leczenia operacyjnego i ropne śródpłatowe zapalenie opłucnej, dają obrazy rentgenowskie bardzo podobne. Podane przez Beclere'a i innych, typowe obrazy rentgenowskie dla międzypłatowych zbiorowisk ropy, w rzeczywistości bardzo często spotykamy (Sergent) w przypadkach typowych ropni płuc, umiejscowionych blisko granicy międzypłatowej, lub też, jak to opisuje Donzelot i Iselin, przy jednoczesnem istnieniu ropnia płuc i zależnego od przebicia tego ropnia przez opłucną międzypłatową ropnego zapalenia międzypłatowego opłucnej.

Co się tyczy badania promieniami Roentgena, to należy nadmienić, że nie tyle zdjęcia, ile prześwietlania dają rozstrzygające podstawy do rozpoznania ropnia płuc; znane są bowiem przypadki, że zdjęcie przy licznych rozstrzeniach oskrzeli daje cień jeden wspólny, naśladujący wielki ropień (Sergent), prześwietlając zaś takiego chorego w kilku rzutach, otrzymujemy kilka obrazów, odzwierciedlających rzeczywisty obraz chorobowy.

Z innych zmian chorobowych, które rentgenologicznie mogą dawać podobne obrazy ropnia płuc, należy przytoczyć gruźlicze zmiany, zwłaszcza jamy, umiejscowione blisko wnęki płuc. Spostrzeżenia kliniczne dłużej prowadzone, ułatwiają rozpoznanie. Szkoła Sauerbrucha wskazuje na trudności rentgeno-diagnostyczne przy różniczkowaniu rozpadającego się raka płuc i ropnia płuc, pomyłki możliwe są w obu kierunkach. Sprawę odróżniania ropnia płuc od międzypłatowego otoku ropnego opłucnej, omawialiśmy powyżej, nie ma ona jednak wielkiego znaczenia praktycznego, wobec tego, że niema tu istotnych różnic pod względem leczniczym; ta sama uwaga odnosi się do rozpoznania różniczkowego torbieli płuc i bąblowca płuc. Zdjęcia i prześwietlenia rentgenologiczne w wypadkach ropnia płuc wykonujemy zasadniczo w kilku rzutach, gdyż w ten sposób otrzymujemy dokładniejszy obraz zmian chorobowych; dzięki tym kilkakrotnym zdjęciom orientujemy się co do umiejscowienia ropnia, ewentualnie wykrywamy ropnie dodatkowe, których cienie w pewnych rzutach mogą się zlewać. Obraz rentgenowski daje nam możność oceny zarysów ropnia, grubości i zbitości jego ścian, zmian, dotyczących miąższu płuca w sąsiedztwie ropnia, a zależnych od procesów reakcyjnych toczących się dookoła ropnia; uzupełniając prześwietlenia wlewaniem lipjodolu do oskrzeli otrzymujemy zarysy, świadczące o zmianach oskrzeli w sąsiedztwie ropnia płuc. Zarysy ropnia płuc przedstawiają się najczęściej w postaci owalu z dłuższą osią prostopadłą; dolna część tego owalu jest zagęszczona, zależnie od większej lub mniejszej ilości płynu zalegającego w ropniu, ponad jego poziomem widzi się wyjaśnienie, odpowiadające gazom, nagromadzonym w jamie ropnej; stosunek części gazowej i płynnej może się szybko zmieniać, zależnie od czasu prześwietlenia; przed lub po wykrztuszeniu przez chorego większej ilości plwociny; w okresie nagromadzenia części płynnej w ropniu bańka gazowa może zniknąć zupełnie i rentgenogram wykaże tylko ognisko zagęszczenia wśród utkania płuca. Rentgenoskopja daje bardzo cenne wyniki odnośnie do zachowania się opłucnej w wypadkach ropnia płuc. Jak wiemy, zarośnięcie jamy opłucnowej, wywołane zlepami opłucnej ściennej i trzewiowej, jest bardzo pożądanem zjawiskiem dla operacyjnego leczenia ropni płuc: mamy wówczas utorowaną drogę dla przenikania w głąb płuca. Kiedyindziej możemy stwierdzić istnienie pozostałości odmy sztucznej, założo-

nej w początkowych okresach ropnia płuc. Wreszcie nagromadzenie płynu w wolnej jamie opłucnowej przy rentgenoskopji może wybijać się na pierwszy plan i maskować w zupełności zmiany, dotyczące miąższu płucnego; opróżnienie jamy płucnej i ponowne prześwietlanie daje właściwy obraz zmian, których obecność podejrzywamy na podstawie objawów klinicznych, świadczących o zajęciu miąższu płucnego.

Różniczkowanie zgorzeli płuc i ropnia płuc na podstawie różnic flory bakteryjnej można uważać, z punktu leczenia chirurgicznego, za mało znaczące. Badania bakterjologiczne, wykonywane w przypadkach naszych nie pozwalały na wyodrębnianie postaci anatomo-patologicznych cierpienia wśród trzech wyżej wymienionych postaci; bywały one pomocne przy uwzględnianiu całokształtu obrazu klinicznego, dla stawiania wskazania do leczenia operacyjnego, mianowicie t. zw. cuchnące ropnie płuc, głównie zależne od obecności beztlenowców, wymagały stosunkowo szybszego wkroczenia chirurga, gdyż w tych wypadkach cały obraz chorobowy przedstawiał się zwykle groźniej i nie pozwalał na zbyt długie postępowanie wyczekujące. Wyszczególniane przez różnych autorów, jako swoiste dla ropni cuchnących, krętki beztlenowce względne, bezwzględne, dalej gronkowce, różnego typu paciorkowce i pałeczki otoczkowe typu Friedländera stanowią florę, występującą w najrozmaitszych ugrupowaniach, i ta mieszanina drobnoustrojów jest poniekąd charakterystyczną dla ropni płuc. Wyodrębnianie poszczególnych gatunków drobnoustrojów, jako swoistych dla pewnych typów klinicznych ropni płuc, należy uważać za sprawę otwartą, conajwyżej można zauważyć, że przypadki zakażenia pałeczką Friedländera należą do najcięższych, następnie idą zakażenia gronkowcami i paciorkowcami, często mieszane z beztlenowcami, wreszcie, najłagodniejsze postacie zakażenia dwoinkami zapalenia płuc.

Szczególną mieszaniną drobnoustrojów wyróżniają się ropnie płuc, powstające w krótkim czasie po wyłuszczeniu migdałków. Jak wiadomo, autorowie amerykańscy podają w kolosalnej ilości przypadków ropni płuc w wywiadach wykonane wyłuszczenie migdałków; pomijając sam fakt, że w Ameryce daleko częściej wykonuje się ten zabieg, niż u nas, związek przyczynowy pomiędzy nim a ropniem płuc, podawany przez autorów amerykańskich, może znaleźć wytłumaczenie w pewnych momentach techniki operacji wyłuszczenia migdałków. Jak twierdzi B e n j a m i n s, główny powód mieści się w tem, że w Ameryce wykonuje się tę operację najczęściej w uśpieniu i w pozycji leżącej, podczas gdy w Europie najczęściej w znieczuleniu miejscowem i w pozycji siedzącej; stąd może wynikać łatwość zachłyśnięcia się i powstania zachłystowego zapalenia płuc po operacji w uśpieniu z następowym rozwojem ropnia płuc. B e n j a m i n s podaje interesujące doświadczenia z lipjodolem, umieszczonym w jamie ustnej chorych przed uśpieniem; po operacji można było w bardzo wielu wypadkach stwierdzić rentgenologicznie lipjodol w drobnych oskrzelach; tłumaczenie to zdaje się być trafnem odnośnie do stwierdzanych w tych przypadkach ropni płuc, licznych mieszanych drobnoustrojów spotykanych w jamie ustnej, a także warunkujących zmiany chorobowe w migdałkach.

W moim materjale spostrzegałem dwa przypadki ropni płuc, które powstały w krótkim czasie po operacji wyłuszczenia migdałków; obydwa dotyczyły młodych osobników; w przypadkach tych po upływie 3—4 tygodni od chwili wyłuszczenia migdałków, powikłania płucne pierwotnie występujące pod obrazem zapalenia odoskrzelowego, przybrały typowy charakter ropni płuc z cuchnącą wydzieliną, badanie bakterjologiczne w obu przypadkach wykazało mieszaninę licznych drobnoustrojów, gramododatnie ziarenkowate, śrubowce *(spirillum)* i krętki *(spirochetae)*.

Pod względem leczniczym można rozróżniać dwa typy ropni płuc: ropnie ostre, z których 20—25% daje samowyleczenie i ropnie przewlekłe, dające niekiedy nawroty; z tych ropni większość bardzo znaczna staje się domeną leczenia chirurgicznego. Co się tyczy ropni ostrych, to samowyleczenie istotnie ma miejsce, jak mówi M i g n o t często bez wszelkiego współudziału zabiegów lekarskich. Nie wolno jednak zbyt pochopnie wyleczenia stwierdzać; dopiero, jak pisze B e z a n ç o n badaniem radjologicznem stwierdzone po upływie kilku miesięcy normalne warunki anatomiczne w miąższu płucnem pozwalają mówić o wyleczeniu; znane są bowiem przypadki L i l i e n t h a l a, który stwierdził, że 80% przypadków pozornego szybkiego samowyleczenia zmarło po upływie trzech lat. Dodać tu należy, że omawiane samowyleczenie powstaje najczęściej drogą pęknięcia ropnia pojedyńczego do oskrzela; znane są też przypadki np. C a i n, U h r y i B e r n a r d a, gdzie i wielokomorowy ropień tą drogą uległ samowyleczeniu; umiejscowienie ropnia blisko wnęki płucnej sprzyja samowyleczeniu.

Większość chirurgów i internistów zgadza się co do trwania czasokresu, w którym może nastąpić samowyleczenie ropnia płuc: 3—6 tygodni od wystąpienia objawów klinicznych i rentgenologicznych należy próbować doprowadzić ropień do samowyleczenia, stosując w międzyczasie leczenie objawowe, czy, jak niektórzy chcą specyficzne (seroterapja, wakcynoterapja, arsen, emetyna, 33% alkohol dożylnie, leczenie odwadniające — *cure de soif „postural drainage"* — *(Quincke)*.

Materjał nasz, wśród którego większość chorych była leczona początkowo na oddziałach chorób wewnętrznych, ilustruje wartość tych metod leczenia wewnętrznego. Okazuje się, że sero- i wakcynoterapja w przypadkach ropni płuc ma wartość hipotetyczną, natomiast stosowanie arsenu pod postacią wlewań dożylnych neosalwarsanu po 0,3 powtarzane co 6—7 dni, dawało niezaprzeczenie wyniki korzystne pod postacią przemijających polepszeń (odwaniające działanie na plwocinę, ograniczenie jej ilości); uznajemy też jego działanie pomocnicze jako wydatne i zalecić je możemy jako uzupełnienie przy leczeniu operacyjnem, zwłaszcza w przypadkach z cuchnącą plwociną, zawierającą wśród drobnoustrojów krętki (R o t h i U n g a r).

Stosowanie emetyny, jak również ostatnio zalecane przez L a n d a u a i F e i g i n a dożylne podawanie 33% alkoholu, nie było wypróbowanem na naszym materjale, ze względu jednak na osiągane przez innych autorów wyniki, zdają się one zasługiwać na uwagę, zwłaszcza w okresach ostrych, początkowych, kiedy ściany ropni są jeszcze podatne, miękkie i skłonne do zapadania się po ich opróżnieniu z zawartości płynnej. Licząc się z możliwościami samowyleczenia ropni płuc, gdy objawy kliniczne niezbyt są groźne, możemy w początkowym okresie stosować wspomniane leczenie wewnętrzne, jako przygotowawcze przed ewentualnym zabiegiem chirurgicznym.

Niejednokrotnie jednak i w tym okresie „wyczekiwania" mogą zajść okoliczności, zmuszające nas do chirurgicznej interwencji, a mianowicie: 1) wobec objawów ciężkiego zakażenia zależnego od szybko posuwającej się sprawy destrukcyjnej, należy szybko dążyć do unieruchomienia chorego płuca; założenie odmy sztucznej w tych wypadkach, jak wogóle przy wszystkich ostrych sprawach ropni płuc, nie jest wskazanem (wyjątek stanowią i w tych wypadkach gwałtowne krwotoki płuc). Ustalenie płuca możemy tu uzyskać przez porażenie przepony, lub też założenie plomby zewnątrzopłucnowej (S a u e r b r u c h); 2) drugim warunkiem, wymagającym natychmiastowej operacji w ropniu płuc jest przebicie ropnia do wolnej jamy opłucnowej; gwałtowny ból kłujący w boku często z zapaścią, wybitne zmniejszenie ilości wypluwanej typowej plwociny, stłumienie narastające w odpowiedniej stronie klatki piersiowej, kontrola rentgenowska — ustala rozpoznanie; N i s s e n radzi założenie w tych wypadkach drenu B ü l a u a, uważam jednak, że w tych wypadkach wycięcie żeber i zdrenowanie jednoczesne ropnia płuc i jamy opłucnowej jest racjonalniejszem.

Naogół, pamiętając o tem, że znaczna odsetka ropni płuc może ulec samowyleczeniu, wyczekujemy pierwsze 3—4 tygodnie od początku choroby w celu ustalenia tych kardynalnych warunków, które decydują o czasie, kiedy należy przystąpić do zabiegu chirurgicznego; jak mówi S e r g e n t, nie należy operować za wcześnie i nie należy operować za późno.

Jak już wyżej wspominaliśmy, czynnik bakteryjny odgrywa rolę pomocniczą przy decyzji co do czasu wykonania zabiegu. Postać anatomo-patologiczna, a więc umiejscowienie ropnia, jego szybki rozwój odśrodkowy, czy też powolny, obecność zrostów opłucnowych, obecność ropni dodatkowych — należy uwzględnić przy oznaczaniu terminu zabiegu operacyjnego; ropień umiejscowiony głęboko, blisko wnęki płuc, pozwala na dłuższe czekanie w tem przeświadczeniu, że taki ropień łatwiej może przebić do oskrzela i dać samowyleczenie. Ropień podopłucnowy, grożący przebiciem do opłucnej, będzie wymagał wcześniejszej interwencji; w tem miejscu uważam za wskazane podkreślić, że do grupy ropni powierzchownych zaliczać należy nietylko ropnie leżące blisko ścian klatki piersiowej (podżebrowe), ale również leżące blisko przepony czy też śródpiersia; ropnie te przy prześwietlaniu mogą imitować ropnie centralne; miarodajną tu jest nie odległość ropnia od kostnych ścian klatki piersiowej, ale grubość warstwy miąższu płucnego oddzielającego ropień od opłucnej, czy to w okolicy przepony, czy też śródpiersia. Wszystkie te ropnie, blisko opłucnej leżące, będą wymagały wczesnego zabiegu operacyjnego, chociażby tylko ze względu na zakażenie narządów sąsiednich.

Szybki rozwój ropnia, z rozszerzającemi się, jak plama z oliwy *(tache d'huile)* zmianami w otoczeniu będzie wymagał wczesnego zabiegu, nie należy jednak zapominać, że wspomniane zmiany dookoła ropnia są tym warunkiem, na zjawienie się którego czekamy przez pierwsze 3 tygodnie; zmiany te polegają na powstaniu zapalenia płuc odoskrzelowego o charakterze włóknistym, które stwarza dookoła ropnia jakby barjerę, zabezpieczającą resztę

miąższu płucnego od zakażenia przy zabiegu operacyjnym; nie wolno jednak pozwolić przez zbyt długie czekanie, aby to zapalenie reakcyjne zajęło zbyt wielką masę tkanki płucnej, doprowadzając do zjawiska zgorzeli płuc i znacznych rozstrzeni oskrzeli — wówczas w okresie zbyt późnym każdy zabieg chirurgiczny będzie dla chorego ryzykowny.

Obecność zrostów opłucnowych w sąsiedztwie ropnia przyściennego dyktuje, w myśl uwag wyżej podanych, wczesny zabieg chirurgiczny. W obecności tych zrostów może łatwo powstać wielokomorowy ropniak opłucnej, wikłający sprawę chorobową i wymagający powikłanych zabiegów chirurgicznych; samo zaś istnienie zrostów opłucnowych bez zakażenia ropnego opłucnej znakomicie ułatwia otwarcie ropnia płuc — stąd też wynika wskazanie do wczesnego operowania ropni w tych wypadkach.

Obecność ropni dodatkowych przy głównym pierwotnym ropniu płuc wymaga wczesnej interwencji chirurgicznej. Operując wcześnie ropień główny, możemy uzyskać samowyleczenie ropnia dodatkowego. Klinika objaśnia taką możliwość: po wykonaniu nacięcia płuca z powodu ropnia, przy kontroli rentgenowskiej, stwierdziliśmy obecność dodatkowego ropnia wielkości mandarynki, leżącego blisko w sąsiedztwie ropnia otwartego; w przebiegu następnych dwóch tygodni ropień ten uległ samowyleczeniu i w ostatecznym wyniku pole płucne wyjaśniło się w zupełności, *„nettoyage radiologique"* nie ulegało wątpliwości: możemy to wytłumaczyć w ten sposób, że ściany ropnia dodatkowego jako powstałego stosunkowo później, aniżeli ropień główny, były podatne i niezbliznowaciałe, a po opróżnieniu operacyjnem ropnia głównego zaistniały korzystniejsze warunki ogólne i miejscowe i ropień „młody" uległ samowyleczeniu, opróżniając się w kierunku oskrzela, czy też w kierunku otwartego szeroko ropnia głównego. Szczęśliwe zejście w tym wypadku nie może być uważane za podstawę do zbyt przewlekłego leczenia wyczekującego — przeciwnie objaśnia ono założenie, że ropień zbyt długo leczony internistycznie musi być wreszcie leczony operacyjnie, a w międzyczasie może on stać się punktem wyjścia dla ropni dodatkowych, wikłających sprawę chorobową.

Omówiwszy pokrótce sprawę określenia terminu rozpoczęcia operacyjnego leczenia ropni płuc, obecnie przejdziemy do rozpatrzenia samych metod chirurgicznych. Metody te możemy podzielić na dwie grupy; do pierwszej będą należały zabiegi, działające pośrednio na ognisko ropnia w płucu, drogą wywołania ograniczenia lub zniesienia czynności oddechowej chorego płuca — t. zw. kollapso-terapja, a więc: odma sztuczna, porażenie przepony przez wycięcie nerwu przeponowego, torakoplastyka pozaopłucnowa. Do grupy drugiej zaliczymy zabiegi, działające wprost na ropień płuca w celu jego opróżnienia lub też doszczętnego usunięcia; tu należą: bronchoskopja, pneumotomja, czyli nacięcie ropnia, wreszcie pneumektomja, czy też lobektomja.

Uwzględniając częstość t. zw. samowyleczenia ropni płuc, możnaby sądzić, że metody wymienione w pierwszej grupie zabiegów operacyjnych znajdą częste zastosowanie w leczeniu ropni płuc. Jednak doświadczenie kliniczne wykazuje co innego; mianowicie w tych przypadkach, w których samowyleczenie nie występuje w przeciągu pierwszych 4—5 tygodni, tam pośrednie działanie operacyjne drogą kollapsoterapji nie daje pożądanego skutku, a w niektórych warunkach może być nawet niebezpieczne. Odnosi się to przedewszystkiem do odmy sztucznej; w przypadkach ropni powierzchownych może ona spowodować zakażenie opłucnej; znane są nam bardzo częste przy sztucznej odmie nagromadzenia wolnego płynu w jamie opłucnowej; w przypadkach powierzchownych ropni płuc, płyn ten łatwo może ulec zakażeniu, dodatkowo wikłając przebieg sprawy ropnia i wymagając szybkiej interwencji chirurgicznej. Pomijając to główne niebezpieczeństwo odmy przy ropniu płuc, należy dodać, co już wspomniałem na początku, że szkoła Sauerbrucha jest przeciwną wogóle stosowaniu odmy sztucznej przy ostrych ropnych sprawach płuc. Poza tem metoda ta nie zawsze jest wykonalną wobec wczesnych zrostów opłucnowych w przypadku ropnia płuca; najwięcej szans powodzenia ma ona przy głębokich ropniach, które nie grożą przebiciem do jamy opłucnowej, a przy których zabiegi działające wprost na ropień, a więc nacięcie, są nieco dla chorych ryzykowne, wobec trudnego dojścia do ropnia i bliskiego sąsiedztwa dużych naczyń krwionośnych. W przypadkach ropni płuc głębokich można wobec tego stosować odmę sztuczną, należy to robić jednak wcześnie, w drugim — trzecim tygodniu, w późniejszych okresach ściany ropnia robią się sztywne, niepodatne, zależnie od rozwijającej się dookoła ropnia tkanki bliznowatej, sklerotycznej; wówczas odma sztuczna nie umożliwi łatwiejszego opróżniania się ropnia i zapadania jego ścian, potrzebnego do wygojenia się ropnia.

Wśród chorych naszego materjału robiono liczne próby leczenia ropni płuc zapomocą odmy sztucznej, wykonywanej na oddziale wewnętrznym; nie mamy w ewidencji tych przypadków, które zostały tam wyleczone przy stosowaniu tego leczenia, sądząc jednak z licznych prób, wykonywanych początkowo na naszych chorych, w których wreszcie okazała się konieczną operacja, skłonni jesteśmy uznać odmę sztuczną za metodę leczenia ropni płuc mało skuteczną, natomiast często szkodliwą, gdyż w wielu przypadkach jej zastosowania w ropniu płuc stwierdzaliśmy ropne zapalenie opłucnej. W jednym z przypadków przywnękowego ropnia płuc, leczonego odmą, doszło do wyleczenia ropnia w znaczeniu klinicznem; niestety, w dwa miesiące od rozpoczęcia leczenia odmą stwierdzono surowiczy wysięk opłucnej, który w miesiąc potem zamienił się w ropny, wymagający leczenia operacyjnego; dopiero tą drogą udało się sprawę ropnia w płucu ostatecznie opanować przy jednoczesnem stosowaniu neosalwarsanu.

Widzimy z tego, że nawet w przypadkach głębokich przywnękowych ropni płuc odma sztuczna może być zabiegiem leczniczym niedostatecznym, a nawet może ona powodować ciężkie powikłania. Wobec tego, pomimo stale pojawiających się publikacyj, głoszących zalety odmy sztucznej w leczeniu ropni płuc, należy być bardzo ostrożnym przy wyborze tej metody.

Podobny szczupły zakres działania leczniczego w ropniu płuc ma wycięcie nerwu przeponowego; porażenie przepony po stronie ropnia nie grozi powikłaniami, o jakich mówiliśmy przy odmie (przebicie ropnia do opłucnej), może natomiast spowodować opróżnienie ropnia przez oskrzele, przyczem część ropy może w szczególnych warunkach spowodować zachłyśnięcie; wówczas ulegnie zakażeniu część płuca zdrowego. Wobec zbyt ograniczonego terenowo działania porażenia przepony przez wycięcie nerwu przeponowego, stosowane ono bywa głównie jako wczesny zabieg przygotowawczy lub też próbny (Fontaine) przed zabiegami doszczętnemi i to głównie w przypadkach ropni dolnych płatów płuc. Wśród moich 35 chorych stosowałem 6 razy wycięcie nerwu przeponowego w przypadkach ropni w dolnych płatach; stwierdzić muszę, że każdorazowo zauważyliśmy poprawę ale tylko krótkotrwałą. Wobec tego w większości przypadków ropni o przebiegu przewlekłym stosowałem wyrwanie nerwu przeponowego, jako zabieg przygotowawczy przed operacją nacięcia ropnia celem uzyskania tą drogą lepszych warunków dla zapadania się ścian ropnia starego, a więc o ścianach włóknistosklerotycznych. Powikłań pooperacyjnych np. pęknięcia ropnia do opłucnej lub zachłystowego zapalenia płuc, jakie opisują niektórzy autorowie po wyrwaniu nerwu przeponowego przy ropniu płuc, nie spostrzegałem ani razu.

W niektórych przypadkach ropni płuc o przebiegu wybitnie przewlekłym bez ciężkich objawów klinicznych, przed przystąpieniem do zabiegu doszczętnego można zastosować zabieg pośredni, torakoplastykę Sauerbrucha samą lub też w połączeniu z plombowaniem pozaopłucnowem.

Przy długotrwałym ropniu płuc bez ciężkich objawów klinicznych, sprawa czynna ropna może być bardzo ograniczona, pomimo tego ognisko ropnia nie zmniejsza się, obraz rentgenologiczny nie zmienia się głównie z tego powodu, że ściany ropnia stały się twarde, niepodatne wobec znacznego nagromadzenia się tkanki włóknistej; wówczas przez torakoplastykę, zwłaszcza z dodatkiem plomby możemy ułatwić zmniejszenie się jamy ropnej; odnosi się to głównie do przypadków małych ropni w płacie górnym. Zabieg omawiany może być też uważany za zabieg wstępny do operacji doszczętnej. Jak wiadomo, kardynalnym warunkiem dla wykonania nacięcia ropnia, jest zniesienie wolnej jamy opłucnowej w obrębie pola operacyjnego, t. zw. obliteracja opłucnej. Torakoplastyka w połączeniu z plombą, założoną w okolicy ropnia, działa w tym celu znakomicie. Jak wiemy, plomba Sauerbrucha może mieć trojaki efekt: 1) pod jej uciskiem zapadają się małe ropnie i następuje ich samowyleczenie; 2) zależnie od ucisku plomby przy zmniejszonej przez torakoplastykę pojemności klatki piersiowej, ropień toruje sobie ujście przez bezpowietrzne od ucisku płuco w kierunku plomby; 3) następuje przebicie ropnia na zewnątrz; rozszerzenie otworu tego przebicia jest już tylko drobnem uzupełnieniem operacyjnem.

Nie często jednak sprawa przybiera taki obrót; zazwyczaj po torakoplastyce, połączonej z plombą, pojawiają się zrosty opłucnowe, pewnego rodzaju niedodma płuca w obrębie plomby; po upływie 10—14 dni sprawa jest dojrzałą do nacięcia płuca, w celu opróżnienia ropnia. Wśród moich przypadków ropnia płuc tylko 5 razy stosowałem wstępną torakoplastykę, a to z tego powodu, że nie mieliśmy t. zw. obliteracji jamy opłucnej, potrzebnej dla nacięcia płuca. Wychodząc z tego założenia, że dla leczenia ropnia płuca należy stworzyć najkorzystniejsze warunki zapadania się

ścian tego ropnia, zasadniczo przy wykonywaniu pneumotomji wykonuję bodaj częściowo torakoplastykę, usuwając szereg odcinków żeber (3—7); w większości przypadków, w których są zrosty opłucnowe w obrębie ropnia płuc, lub też ropienie w jamie opłucnowej, wspomnianą pneumotomję wykonuję jednoczasowo; wyżej przytoczone przypadki w ilości 5 wykazywały brak zrostu opłucnej ściennej i trzewiowej i dwuczasowość operacji pneumotomji była podyktowaną ogólnemi zasadami chirurgji płuc; w czasie pomiędzy dwoma aktami nacięcia ropnia (okres od 8—14 dni) mieliśmy sposobność spostrzegać efekt działania aktu wstępnego, t. j. torakoplastyki; w każdym razie był on dodatnim, w jednym zaś tak dobry, że zachęcił nas do dwutygodniowej obserwacji i tu jednak poprawa była krótkotrwałą, w następstwie czego musieliśmy przystąpić do aktu drugiego, t. j. do nacięcia ropnia płuca.

Na pograniczu metod operacyjnego leczenia ropnia płuc drogą pośredniego i bezpośredniego działania na ognisko chorobowe należy wspomnieć o t. zw. bronchoskopji leczniczej. Podjęta swego czasu przez Nowotnego, Herynga i innych, znalazła szerokie zastosowanie, zwłaszcza w Ameryce, dzięki pracom Chevallier Jacksona. Metoda ta opiera się, jak wiadomo, na dwóch czynnikach: na mechanicznem opróżnianiu ropni przez oskrzela po wprowadzeniu do oskrzela wziernika i na stosowaniu tą drogą leków, mających na celu działanie wprost na ropień w płucu. Badania i próby robione przez Chrapka na naszym materjale szpitalnym wypadły wcale korzystnie i sądzić należy, że ta metoda stosowana we wczesnych okresach, może sprzyjać samowyleczeniu ropni płuc; w późniejszych zaś okresach może być stosowaną jako zabieg przygotowawczy, przed operacjami doszczętnemi; przez opróżnienie ropnia przed operacją możemy uniknąć powikłań, grożących choremu w czasie operacji, głównie chodzi tu o aspirację treści ropnia, która może w czasie operacji w wielkiej ilości wydostać się z ropnia do oskrzeli i tchawicy i zalać falą powrotną tereny płuc zdrowe, grożąc bezpośrednio uduszeniem lub też następowem zakażeniem sąsiednich odcinków płuc, lub też płuca przeciwległego.

Wobec tego metoda ta winna być stosowana przedewszystkiem jako przygotowawcza przed nacięciem płuca lub też w tych przypadkach, w których nacięcie chwilowe jest przeciwwskazane, np. w ropniach głęboko umiejscowionych, okołownękowych.

Wśród zabiegów doszczętnych należy na pierwszem miejscu postawić pneumotomję, czyli nacięcia ropnia płuc. Jak z dotychczasowych uwag widocznem jest, ropień płuca ulega samowyleczeniu w ten sposób, że chory opróżnia ropień przez kaszel i wykrztuszanie ropy, gromadzącej się w ropniu po przebiciu do oskrzela; *„ubi pus ibi evacua"* — jest to zasada bardzo prosta i w praktyce chirurgicznej codziennie znajdująca potwierdzenie swej słuszności. Nie zawsze jednak możliwem jest dostateczne opróżnianie się ropnia drogą wykrztuszania i wówczas ropień przybiera charakter przewlekły; wskutek zbyt długiego trwania ropnia powstają nowe warunki utrudniające gojenie się ropnia nawet po jego opróżnieniu, a mianowicie niepodatność ścian ropnia; uwzględniając małą podatność ścian, otaczających płuco chore zrozumiemy łatwo mechaniczne przyczyny opornego przebiegu ropnia płuca. Znajdujące się w małopodatnej klatce piersiowej płuco, zawierające ropień przewlekły, o bliznowatych, twardych ścianach, nie ma warunków dla samowyleczenia ropnia przy równoczesnem niedostatecznem jego opróżnianiu się drogą oskrzeli; po wypróbowaniu metod leczniczych wspomnianych powyżej, leczenie operacyjne doszczętne staje się koniecznością. Pierwszym kardynalnym warunkiem leczenia ropnia będzie stworzenie szerokiej, łatwej drogi odpływu ropy; następnym warunkiem jest umożliwienie zapadania się ścian ropnia w celu łatwiejszego wypełnienia jamy, ubytku jaki powstał w płucu wskutek ropnia. W tym celu stosujemy nacięcie płuca jednoczasowe tam, gdzie mamy t. zw. obliterację jamy opłucnowej, w przeciwnym wypadku nacięcie płuca wykonujemy dwuczasowo tak, jak to opisaliśmy przy omawianiu torakoplastyki; w każdym razie w miejscu odpowiadającem ropniowi płuca wycinamy znaczną część żeber, aby tem samem umożliwić zapadnięcie się jamy ropnia po jego nacięciu.

Odnośnie do techniki operacyjnej nacinania ropni płuc mogę zauważyć, że w większości przypadków nacinałem je jednoczasowo, dwuczasowość była uzasadniona powyżej (brak zlepów opłucnowych); ujemnych stron jednoczasowego operowania nie zauważyłem, rana operacyjna nie ulegała zakażeniu drobnoustrojami, znajdującemi się w ropniu. Sąsiednia jama opłucnowa również nie wykazywała powikłań; odnalezienie ropnia wobec rozległego wycinania żeber w okolicy ropnia nie przedstawiało trudności; wstrząs operacyjny nie był nigdy tak wielki, aby ten wzgląd przemawiał za dwuczasowem postępowaniem.

Operację wykonuję zawsze w znieczuleniu miejscowem 1 : 100 nowokainą z adrenaliną, w pozycji siedzącej, po uprzedniem podaniu podskórnem 0,01 morfiny; w przypadkach dużej pobudliwości do kaszlu podajemy 0,02 morfiny. Pozycja siedząca ułatwia choremu oddechanie, odkaszliwanie i zapobiega zachłyśnięciu w czasie zabiegu. Cięcia robimy prostopadłe w obrębie 3—5 żeber lub też w dole zagięte łukowato ku przodowi, o ile wycinamy 5—7 żeber; w ostrych sprawach ograniczamy się zwykle do 3—4 żeber, w przewlekłych zaś, w których obawiamy się mało podatnych ścian ropnia, wycinamy większą ilość żeber, odcinki po 5—10 cm długości, w górnych partjach klatki piersiowej zwłaszcza w dole pachowym krótsze, w dolnych partjach i w okolicy przykręgowej dłuższe. Po wycięciu żeber kontrolujemy zachowanie się opłucnej; w przypadkach, gdzie zlepów niema, przez cienką opłucna prześwieca ślizgające się po niej płuco; w przeciwnym razie opłucna ścienna jest nieprzeźroczysta, stwardniała, obrzękła; podobny wygląd ma opłucna ścienna w wypadkach obecności ropy w jamie opłucnowej. Po wycięciu żeber obkłuwamy dwukrotnie każdy pęczek tkanki międzyżebrowej wraz z naczyniami krwionośnemi; następnie pomiędzy obkłuciami przecinamy wiązki tkanek i drążymy w głąb płuca w kierunku ropnia, stwierdzonego przez nakłucie igłą; przy nakłuciu uzyskujemy charakterystyczną ropę, lub też cuchnące gazy, o ile nakłuliśmy górną część ropnia: nóż wbijamy obok niewyjętej igły od nakłucia próbnego; w przypadkach głębokiego umiejscowienia ropnia posuwanie noża wgłąb odbywa się pomału, nosi ono charakter nacinania tkanki płucnej, a nie nakłuwania jej; brzegi rany operacyjnej płuca rozchylamy haczykami, aby nie przeoczyć skaleczenia większego naczynia krwionośnego, ewentualne krwawienia obkłuwamy; wreszcie po dotarciu do jamy ropnia, opróżniamy go, pozwalając ropie swobodnie odpłynąć; po opróżnieniu ropnia kontrolujemy jego wnętrze rozchylając brzegi rany; głównie chodzi o to, aby najniższy punkt ropnia nie znalazł się niżej poziomu dolnego kąta rany w klatce piersiowej, żeby odpływ ropy był zupełny i łatwy; w razie potrzeby usuwamy dodatkowo jeszcze jedno żebro i rozszerzamy ranę ku dołowi; oglądamy wewnątrz ściany ropnia poszukując za dodatkowemi ropniami lub też uchyłkami ropnia głównego — przy kaszlu chorego wypływa z nich wydzielina ropna obficie — stwarzamy wówczas komunikację, przecinając przegrody pomiędzy jamami ropni, podwiązując znajdujące się w nich naczynia krwionośne. Po usunięciu strzępów tkanki zgorzelinowej, luźno leżącej w jamie ropnia, zakładamy do wnętrza ropnia kilka pasemek gazy jodoformowej, zwykle 2 sączki gumowe; ranę w ścianie klatki piersiowej wypełniamy gazą, napojoną płynem Chlumskiego *(camphophenolem)* nie zmniejszając jej zupełnie; w ten sposób stwarzamy szeroko komunikację jamy ropnia ze światem zewnętrznym; przez wycięcie znacznej części kośćca w sąsiedztwie ropnia umożliwiamy zapadanie się jego ścian; zostawiając ranę w powłokach nieraz bardzo głęboką w obrębie grubych warstw mięśni, otwartą i wypełnioną gazą przeciwgnilną, stwarzamy dla niej dobre warunki gojenia. Sączki gumowe zakładamy bez obawy odleżyny ścian naczyń krwionośnych w głębi ropnia, wobec tego, że są one odgraniczone pasemkami gazy; odpływ wydzieliny przez sączki jest dokładniejszy, oprócz tego możemy stosować ostrożnie przepłukiwanie jamy ropnia płynami przeciwgnilnemi, np. płynem Dakina, Pregla.

Do otwarcia ropnia nie używałem nigdy przyżegacza ani noża elektrycznego; opanowanie krwotoku z płuc, występującego w czasie operacji zresztą tylko wyjątkowo, nie przedstawiało nigdy trudności; obawiałbym się użycia termokauteru ze względu na następowe krwawienie i niepotrzebne uszkodzenie tkanek przez promieniujący żar.

W większości przypadków, operowanych w myśl tej zasady, uzyskujemy szybką poprawę; uderzającem jest natychmiastowe nieraz ograniczenie, a nawet ustanie odkrztuszania charakterystycznej dla ropni płuc plwociny, spadek ciepłoty i radykalna zmiana obrazu klinicznego i wyzdrowienie nieraz w ciągu 4—6 tygodni. Niekiedy jednak sprawa wikła się, należy to coprawda do rzadkości; wkrótce po pneumotomji może wystąpić pogorszenie, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie, dążąc do ropnia głęboko usadowionego, byliśmy zmuszeni naciąć grubą warstwę zdrowego miąższu płucnego; wówczas ropa może przedostać się do naciętych oskrzelików i pęcherzyków płucnych i spowodować zapalenie płuc, na wzór zapalenia zachłystowego; odnosi się to głównie do ropni płuc w górnych płatach; w przypadkach tych dwuczasowe operowanie z dodaniem plomby Sauerbrucha znajduje szczególne zastosowanie. Nacięcie ropnia płuc natrafia na przeszkody w przypadkach licznych ropni; trudno jest na jednem posiedzeniu znaleść i otworzyć wszystkie, wobec czego zachodzi nieraz potrzeba kilkakrotnych zabiegów; poszukiwania ropni dodatkowych w głębi płuca, wobec bliskości dużych naczyń grozi krwotokiem i zatorem powietrznym; uniknąć tego możemy operując wcześnie, przed wytworzeniem się ropni dodatkowych. Nietylko jednak mnogość ropni może decydować o niewystarczal-

ności pneumotomji; w przypadkach ropni zbyt długo leczonych konserwatywnie, jak wspomniałem wyżej, dołączają się warunki, utrudniające gojenie się ropnia nawet przy jego starannem opróżnieniu z ropy. Nacięcie ropnia sprowadza wówczas tylko przemijającą poprawę, groźne objawy kliniczne łagodnieją, np. ciepłota spada, ilość plwociny i jej charakter zmienia się na korzyść, ale kontrola rentgenowska, miarodajna w tych przypadkach, wykazuje obraz ropnia mało zmieniony; po jakimś czasie nowe pogorszenie objawów klinicznych, idące w parze z ogólnym upadkiem sił chorego. Oprócz czynników mechanicznych, zależnych od zbyt długiego trwania ropnia, wchodzić tu mogą w grę czynniki bakteryjne, a także indywidualne cechy organizmu chorego. Odnosi się to szczególnie do osobników starszych po przebytej grypie, połączonej z zapaleniem płuc; w wypadkach takich ropni płuc, mających szczególnie uporczywy charakter, pneumotomja może okazać się zabiegiem nie wystarczającym, wówczas w grę wchodzi zabieg najdoszczętniejszy — wycięcie części *(pneumektomja)* lub też całego chorego płata płuca *(lobektomja)*. Zabieg ten, technicznie najpoważniejszy, wymaga odpowiedniej ilości sił i odporności ze strony chorego, nie można wobec tego zbyt długo zwlekać z jego zastosowaniem; w odpowiednim momencie wykonany, jak doświadczenie kliniczne poucza, może dać znakomity wynik leczniczy w przypadkach najbardziej uporczywych (Sergent i Baumgartner). Nie mając osobistego doświadczenia co do tego typu operacji, mogę tylko zauważyć, że z pośród dwóch zasadniczych typów tej operacji, a mianowicie, typu zalecanego przez Lilienthala, operacji jednoczasowej i zalecanej przez Archibalda, Lockwooda i innych operacji wieloczasowej, ten ostatni typ zdaje się być racjonalniejszy, jako mniej obrażający i powodujący mniejszy wstrząs pooperacyjny.

Wśród naszego materjału, wynoszącego 35 przypadków, mieliśmy 9 przypadków zejścia śmiertelnego, które nastąpiło po operacji; wynosi to 25,7% śmiertelności, podczas gdy wedle piśmiennictwa dochodzi ona do 35%. Wśród zabiegów, wykonanych w tych przypadkach, we wszystkich wykonaliśmy pneumotomję, połączoną z częściową torakoplastyką. W 6-ciu przypadkach wykonano poprzednio wyrwanie nerwu przeponowego, jako zabieg przygotowawczy. W 5-ciu przypadkach wykonaliśmy w pierwszym okresie częściową torakoplastykę, następnie po uzyskaniu zlepów opłucnowych, wykonano we wszystkich wypadkach pneumotomję. 26 chorych należy uważać za uleczonych. Większość tych chorych opuściła zakład nasz z raną zagojoną, w kontroli rentgenowskiej obraz wykazywał brak zmian budzących podejrzenie; klinicznie chorzy ci nie wykazywali zaburzeń ze strony narządu oddechowego.

Protokoły sekcyjne dostarczyły nam materjału, potwierdzającego słuszność naszych wywodów; mianowicie: w 1 przypadku, dotyczącym kobiety lat 33, zejście śmiertelne nastąpiło 7-go dnia po operacji przy objawach gwałtownego krwotoku płuc; w wywiadach tego przypadku była zanotowana grypa, od początku wyróżniał się on ciężkim przebiegiem, ciepłota do 39,5, ropne zapalenie opłucnej, plwocina silnie cuchnąca, objawy posocznicze, po opróżnieniu jamy opłucnowej stwierdzono ropień płuca umiejscowiony głęboko, przywnękowo; po nacięciu płuca stwierdzono w jamie ropnia zmiany zgorzelinowe, które w dalszym swym przebiegu doprowadziły do nadżarcia gałązki tętnicy płucnej; był to typowy przypadek zgorzelinowego ropnia płuc, powstały w następstwie grypowego zapalenia płuc, które, jak wspomnieliśmy wyżej, wyróżniają się swym ciężkim przebiegiem. W pozostałych przypadkach zejścia śmiertelnego operowanych przypadków ropni płuc, sekcja wykazała poza zmianami w płucach, dodatkowe zmiany ropne. Np. ropne zapalenie opłucnej 3 razy, ropne zapalenie śródpiersia 1 raz, ropne zapalenie stawu kolanowego 1 raz, ropne zapalenie pęcherza i miedniczek 1 raz, ropne zapalenie opon mózgowych 1 raz; w trzech przypadkach oprócz powikłań ropnych ze strony innych narządów, ropnie płuc występowały w liczbie mnogiej i w obu płucach.

Jak widać z powyższego, wśród przypadków ropni płuc spotykamy nieraz, na szczęście stosunkowo rzadko, takie, gdzie pomimo wcześnie wykonanego zabiegu racjonalnego, sprawa zgorzelinowa posuwa się szybko naprzód i daje zejście śmiertelne. Uzależnić to możemy od swoistego działania drobnoustrojów chorobotwórczych, co prawda jeszcze niedostatecznie sklasyfikowanych, przy uwzględnieniu zmniejszonej odporności zaatakowanego ustroju. W większości przypadków, w których operacja ta nie zdołała zapobiec fatalnemu zejściu, mieliśmy do czynienia ze sprawą chorobową zbyt zadawnioną i szeroko rozgałęzioną, w której, oprócz zwykłego ropnia pierwotnego, sekcja wykazała ropnie płuc dodatkowe, dalej ropne zajęcie opłucnej i śródpiersia, jako wyraz zakażenia przez sąsiedztwo, wreszcie ogniska ropne przerzutowe, jak ropne zajęcie opon mózgowych, jam stawowych i narządu moczowego; przypadki te znakomicie ilustrują tezę naszą, że przy ropniu płuc nie powinno się tracić wiele czasu na metody lecznicze, działające pośrednio, lecz przy ich małej skuteczności stosunkowo wcześnie stosować zabiegi, działające wprost na ropnie płuc.

Streszczenie.

1) Sprawy ropne w płucach występują coraz częściej, jako zejścia ostrych spraw zapalnych tego narządu.

2) W początkowych okresach swego rozwoju wspomniane sprawy ropne przebiegają pod rozmaitemi postaciami, dającemi się różniczkować pod względem anatomo-patologicznym: pod względem klinicznym różniczkowanie ich nie jest dostatecznie wypracowane.

3) Przy omawianiu sprawy leczenia chirurgicznego spraw ropnych w płucach możemy, z punktu widzenia praktycznego, ująć w jedną grupę ropni płuc kilka schorzeń, a mianowicie: ropień płuc właściwy, zgorzel płuca i ropnie międzypłatowe płuc, a to dlatego, że w okresie, kiedy zachodzi potrzeba operowania tych spraw chorobowych, różniczkowanie ich jest najczęściej nieaktualne i mało ma podstaw.

4) W początkowych okresach ropnie płuc stosunkowo często, bo w 25%, ulegają samowyleczeniu, przy stosowaniu leczenia internistycznego, objawowego; jako leczenie pomocnicze należy uważać stosowanie neosalwarsanu.

5) Przypadki ropni płuc, oporne wobec leczenia internistycznego, należy operować wcześnie, t. j. przed upływem 6—7 tygodni; ropnie przebiegające z objawami posocznicznemi znacznie wcześniej w 2—3 tygodniu.

6) Stosowanie odmy sztucznej w przypadkach ropni płuc ma ściśle określone wskazanie, a mianowicie w ropniach przewlekle przebiegających, usadowionych głęboko, przywnękowo. W przypadkach ropni, leżących blisko opłucnej, odma może być nawet niebezpieczną, grożąc zakażeniem jamy opłucnowej i pęknięciem ropnia.

7) Wyrwanie nerwu przeponowego może być stosowane jako zabieg wstępny, przygotowawczy, przed operacją nacięcia ropnia płuc, celem stopniowego opróżnienia ropnia.

8) Analogiczne zastosowanie może mieć aspiracja drogą bronchoskopji.

9) Zabiegiem doszczętnym w przypadku ropnia płuc jest nacięcie z dodaniem częściowej torakoplastyki, która ułatwia zapadanie się ścian ropnia, nawet w przypadkach przewlekłych, przy istnieniu spraw sklerotycznych w ścianach ropnia.

10) Zabieg ten daje około 75% wyleczeń; wyniki ujemne zależą najczęściej od zbyt zadawnionych i rozgałęzionych zmian w płucach lub też od jednoczesnych zmian przerzutowych ropni w innych narządach.

11) W przypadkach szczególnie uporczywych, nie ustępujących pomimo nacięcia ropnia, należy stosować częściowe wycięcie płuca, lub też wycięcie całego płata chorobowo zmienionego.

12) W tych przypadkach należy dać pierwszeństwo operacjom o typie postępowania wieloczasowego przed operacjami jednoczasowemi.

Piśmiennictwo:

1) Archibald: Arch. med. chir. de l'appar. resp. 2. — 2) Barthelemy i Rousseau: Bullet. et Mem. S. ch. 31, Nr. 11. — 3) Baumgartner: Bull. de la S. National de chir. 1928, Nr. 31. — 4) Bressot: Bullet. de St. p. chir. 31, Nr. 30. — 5) Bernard: St. Med. des Hopit. 31. — 6) Bezançon: La Medicine, 1929. — 7) Brauer: Beitr. z. Klin. Tuberkul., 70. — 8) Benjamins: Revue de Laryngol., 52, 119. — 9) Coquelet: Arch. pr. belg. 30. — 10) Cathala Stree: Presse med. 31, Nr. 100 (1858). — 11) Chrapek: P. G. Lek., 30, 4. — 12) Donzelot et Islin: Press. med. 31, Nr. 89. — 13) Elliott-Cutler: Arch. fr. belg., 31. — 14) Eizaguirre: Arch. fr. belg. 31. — 15) Fontaine: Bullet. et Memoir de Soc. Nation. 30, Nr. 32. — 16) Grahamm: Journ. Amer. med. assref. Zentr. Org. d. j. chir. 36. — 17) Hermann i Weidlein: Jour. Amer. med. Ass. 91. — 18) Jackson Chevalier: Zorg. f. ges. chir. 35. — 19) Kindberg Soulas: Pres. med. 30, 1591. — 20) Bauer: Press. med. 31, 29. — 21) Leriche: Terapeutique chirurgicale, II. 295. — 22) Le Fort: Bull. et mem. Soc. Nat. d. Chir. 1929, Nr. 12. — 23) Moulinier: These de Lyon, 1931. — 24) Mignot: Press. med. 30, Nr. 23. — 25) Nissen: Chirurg. I. Nr. 25. — 26) Neumann: Wien. Klin. Woch., 30. — 27) Poix: Presse med. 29, Nr. 85. — 28) Paisseou, Vialarch et Oumańsky: Press. med. 29, Nr. 49. — 29) Poucoast: Amer. Journ. of Röntgen. 15. — 30) Roth: Pol. Gaz. Lek. 1929, 42. —

31) Seidman: Z. f. chir. 1928, 28. — 32) Sergent: Presse med. 30, Nr. 49. — 33) Sergent, Baumgartner i Kourilsky: Presse med. 31, Nr. 80. — 34) Sergent, Baumgartner i Kourilsky: Acad. de Med. 1929. — 35) Ungar: Pol. Gaz. Lek. 1929, 42. — 36) Uhry. 37) Wilden: Surg. gynec. obr. 47, 28. — 38) Ziembicki: Pol. Gaz. Lek., 1929, Nr. 28.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Jan SZUMSKI, Komisarz i naczelny lekarz okr. Związku Kas Chorych we Lwowie. Lwów.

Choroby zawodowe.

Sprawozdanie z Kursu orzecznictwa i chorób zawodowych w Düsseldorfie, oraz uwagi na temat organizacji i działalności instytucyj ubezpieczeń społecznych w Niemczech i w Polsce.

Przechodząc do sprawozdania z cyklu wykładów o *chorobach zawodowych,* pragnę w kilku słowach omówić wielką doniosłość tego zagadnienia dla całego świata pracy, które u nas, niestety na ogół jeszcze nie jest należycie doceniane i pozostaje daleko w tyle, poza licznemi krajami Europy.

Ustawodawstwo społeczne w większości państw, przekazuje czynnikom rządowym kontrolę nad warsztatem pracy i jej higjeną, stwarza pojęcie choroby zawodowej, przez którą rozumie się następstwo działania na organizm różnych szkodliwości w związku z wykonywanym zawodem. W wielu krajach zagranicą rozwinęła się szybko nowa gałąź medycyny, — choroby zawodowe, — która w oparciu o chemję i toksykologję, stara się badać przyczyny i skutki działania różnych czynników szkodliwych, oraz zapobiegać ich zgubnemu wpływowi na organizm ludzki. Sfery przemysłowe i właściciele różnych warsztatów pracy starają się pod naciskiem czynników kontrolnych i dozorujących ich przedsiębiorstwa, dostosowywać i zmieniać odpowiednio urządzenia fabryczne, by możliwość szkodliwego działania na organizm ludzki była wykluczona.

Podstawę do uregulowania w Niemczech sprawy chorób zawodowych stanowi rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 12 maja 1925 roku. Podany jest w niem wykaz 11 grup chorobowych, które uważane są za uszkodzenia zawodowe i mogą dawać prawo do odszkodowania pod warunkiem, że zostały nabyte w zakładach i warsztatach pracy, podanych również w tem samem rozporządzeniu. Należą tu: zatrucia ołowiem i jego związkami, fosforem, rtęcią i jej związkami, arsenem i związkami, benzolem, nitro- i amido-połączeniami szeregu aromatycznego, siarczku węgla; rak skóry w następstwie działania dziegciu, parafiny, smoły, antracenów, blendy i t. p.; szara zaćma u robotników z fabryk szklanych, uszkodzenia wskutek działania energji promieniotwórczej, choroba tęgoryjcowa *(anchylostomiasis)* górników, choroby płuc u robotników z kopalni w Schneeberg.

Rozporządzenie z dnia 11 listopada 1929 roku znacznie rozszerza tę listę, dodając do niej schorzenia wywołane działaniem połączeń manganu, siarkowodoru, tlenku węgla, uszkodzenia skóry u galwanizatorów, u pracowników przy egzotycznych gatunkach drzew (stolarze), przy dziegciu, parafinie, antracenach, smole i jemu pokrewnych; schorzenia kości, mięśni i stawów u robotników pracujących ze sprężonem powietrzem; schorzenia dróg oddechowych przy mieleniu mączki Thomasa; pylice; uszkodzenia narządu słuchu wywołane przez hałas (tylko w przemyśle metalowym) i choroby zakaźne. Wszystkie te stany chorobowe i uszkodzenia podpadają pod ubezpieczenie od wypadków.

Każdy lekarz obowiązany jest bezzwłocznie z chwilą stwierdzenia choroby zawodowej, lub podejrzenia na nią, donieść o tem ubezpieczalni krajowej, która następnie zarządza zbadanie przez lekarza urzędowego.

Wykonywanie kontroli prawodawstwa z dziedziny ochrony pracy powierzone jest w Niemczech specjalnie wyszkolonym w tym kierunku urzędnikom. W roku 1921 kreowano w Niemczech 5 pierwszych posad lekarzy przemysłowych, których liczba z czasem doszła do 11 i z tą chwilą sprawa chorób zawodowych weszła na właściwe tory. Lekarze przemysłowi są fachowymi doradcami urzędników kontroli przemysłowych i zadaniem ich jest pogłębienie wiedzy z dziedziny chorób zawodowych, oraz zapobieganie im przez rozbudowę wszelkich higjenicznych urządzeń. Ponieważ w programie działalności lekarzy przemysłowych uwzględniono również czynnik badawczy, dzięki temu powstał szereg pracowni naukowych i wyrobił się zastęp znakomitych uczonych i znawców, którzy dopiero rozbudowali nową dziedzinę wiedzy o fizjologji, higjenie pracy i chorobach zawodowych (Gottstein, Schlossmann, Koelsch, Teleky, Thiele, Zangger, Chajes i wielu innych). Urzędową kontrolę nad higjeną warsztatów pracy wykonują stale lekarze powiatowi i oni upoważnieni są do wystawiania świadectw urzędowych z dziedziny schorzeń zawodowych. Nazwa, spotykana czasem „lekarz fabryczny" nie jest definicją ścisłą. Należą tu lekarze angażowani przez właścicieli fabryk specjalnie do opieki sanitarnej, bądź też ordynujący w lokalach fabrycznych.

Dla porównania podam, jak się przedstawia w Polsce sprawa chorób zawodowych i jakie jest odnośne ustawodawstwo.

W roku 1927 ukazał się Dekret Prezydenta Rzeczypospolitej i następnie dnia 17 grudnia 1928 roku Rozporządzenie wykonawcze Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Przemysłu i Handlu, Pracy i Oświaty. W § 1 Rozporządzenia podano wykaz I) „chorób zawodowych wogóle" i tak: przepuklina u osób zajętych dźwiganiem, przymiot u osób wydymających szkło, skurcze zawodowe u pracowników biurowych i muzyków, tężec i wąglik, zmiany chorobowe o charakterze gośćcowym, żylaki, płaska stopa.

Wykaz ten, pod względem t. zw. inwalidztwa pracy, nie ma żadnego znaczenia, gdyż wszystkie te cierpienia względnie wady mogą być następstwem niekoniecznie wykonywanego zawodu i ustalenie związku przyczynowego między niemi, a zawodem napotykałoby tu na nieprzezwyciężone trudności. Definicje te należy uważać jako zupełnie ogólne „wytyczne", — a takie miano one noszą, — nie roszcząc żadnych praw dla danego osobnika.

Wykaz II-i tegoż Rozporządzenia podaje wykaz chorób podlegających obowiązkowi zgłaszania. Obejmuje on: a) Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującemi substancjami, stopami i ich związkami: Pb, Hg, As, P, Cr, tlenki N i C, CS_2, CN, benzol i pokrewne, alkohol metylowy, terpentyna.

b) Substancje radjoaktywne, owrzodzenia i nowotwory u osób narażonych przy pracy na działanie smoły, dziegciu, sadzy, parafiny, — pylica krzemowa, glistnica u górników, wąglik u osób zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych.

Rozporządzenie przewiduje, podobnie jak w Niemczech, *obowiązkowe zgłaszanie podanych wyżej chorób przez każdego lekarza praktyka.* Samo się przez się rozumie, że w pierwszym rzędzie winien ten obowiązek wykonywać skrupulatnie lekarz kasowy pracujący w instytucji społecznej. Sądząc jednakże ze znikomej ilości zgłaszanych przypadków (w całem państwie w r. 1928 we wszystkich Kasach Chorych zgłoszono około 350 przypadków) nie ma to wcale miejsca. A ponieważ samo stwierdzenie choroby zawodowej nie rokuje żadnych praw dla poszkodowanego, nie ma zatem nacisku z tej najbardziej zainteresowanej w wykonywaniu rozporządzenia strony. Zgłoszenie winno być sporządzone na specjalnym druku i skierowane do lekarza powiatowego i do odnośnego inspektora pracy.

Lekarz powiatowy, otrzymawszy zawiadomienie, winien chorego sam zbadać i ustalić, czy źródło choroby nie znajduje się w jego mieszkaniu, lub w przedmiotach użytku, względnie w warsztacie pracy, winien on przytem poddać badaniu wszystkich współpracowników. Po przeprowadzeniu badań lekarz powiatowy zawiadamia inspektora pracy i razem z nim przeprowadza ponowne badania. Z drugiej strony, jeśli inspektor pracy z własnej inicjatywy poweźmie podejrzenie na chorobę zawodową, prosi o zbadanie przypadku lekarza powiatowego. — Lekarz powiatowy uprawniony jest do wydawania zarządzenia, mającego na celu usunięcie przyczyny, wywołującej chorobę zawodową, o zarządzeniu zaś zawiadamia inspektora pracy. Obwodowi inspektorzy pracy wspólnie z lekarzem powiatowym winni przynajmniej raz w roku dokonać oględzin warsztatów pracy, zwracając szczególną uwagę na choroby zawodowe.

Szkolenie lekarzy powiatowych, jak wiadomo, odbywa się w Państwowej Szkole Higjeny, gdzie prowadzony jest specjalny kurs z dziedziny higjeny pracy i chorób zawodowych. Dla braku specjalnych szpitali, oddziałów, względnie ośrodków chorób zawodowych, szkolenie w tej dziedzinie jest raczej bardziej teoretyczne. Poza tem lekarze powiatowi, obarczeni masą obowiązków z dziedziny higjeny publicznej, opieki społecznej, nawałem obowiązków kancelaryjnych i t. d., nie mogą temu niezmiernie ważnemu zagadnieniu poświęcić specjalnej, wytężonej uwagi, starać się tę dziedzinę pogłębić i tak kontrola warsztatów pracy pod względem chorób zawodowych pozostaje raczej na papierze. Jednemu z obwodowych inspektorów pracy, zajętemu w stosunkowo najbardziej przemysłowym okręgu naszej połaci kraju, zgłoszono w ciągu roku 1931 zaledwie dwa przypadki chorób zawodowych. To mówi samo za siebie. Specjalnych lekarzy przemysłowych w całej Małopolsce niema wcale. Na obszar trzech województw Wschodnio-Małopolskich funkcjonuje zaledwie 6-ciu inspektorów pracy, z których niektórzy mają rozległe obszary kilkunastu powiatów i są pochłonięci w pierwszym rzędzie zała-

twianiem konfliktów między pracodawcami, a robotnikami. Na opanowanie zagadnienia ochrony pracy i chorób zawodowych, również niewiele im czasu zostaje. Nie przesądzając zatem w chwili obecnego kryzysu sprawy objęcia ubezpieczeniem od wypadków również chorób zawodowych i kwestji przyznawania poszkodowanym rent, sądzę, że sprawę możnaby już i dzisiaj pchnąć z miejsca, stwarzając i rozbudowując ośrodki chorób zawodowych, i kreując przynajmniej we wszystkich województwach przemysłowych po jednym etacie lekarza przemysłowego, którego obowiązkiem byłoby czuwanie nad całokształtem sprawy chorób zawodowych na swoim terenie, szkolenie lekarzy a nadewszystko praca naukowa w ośrodkach chorób zawodowych. W ten sposób z biegiem lat stworzylibyśmy kadry wybitnych specjalistów na wzór niemieckich, zapełniając tę dotkliwą lukę w dziedzinie opieki społecznej. Należy również zainteresować sprawą pracodawców, jako w pierwszym rzędzie odpowiedzialnych za zdrowie swoich kadr robotniczych *). Tylko ścisłe ustalenie związku, jaki zachodzi między cierpieniem, a wykonywanym zawodem, może na właściwe tory skierować rozpoznanie i podać racjonalne leczenie, skracając nieproduktywnie płacone dni zasiłkowe nieraz o całe miesiące. Z tego założenia wychodząc zorganizował Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie u siebie ośrodek chorób zawodowych, którego zadaniem jest przyjść z pomocą Kasom Związkowym przez wykrywanie i ustalanie zapomocą odpowiednich prób szkodliwych czynników zawodowych, oraz określanie czasu niezdolności i podawanie kasom programu leczniczego. W ośrodku współpracuje dermatolog z internistą i są wszelkie warunki ku temu, by sprawę skierować na właściwe tory. Niestety, trzeba stwierdzić, że wiele Kas Chorych i lekarzy nie okazało dotąd dostatecznego zrozumienia dla usiłowań Okręgowego Związku Kas Chorych.

Po tym wstępie ogólnym, — przechodzę dalej do sprawozdania z kursu w Düsseldorfie.

Z dziedziny chorób zawodowych mieliśmy 13 godzin wykładów prowadzonych przez wybitnych znawców poszczególnych działów, którzy doskonale opanowali temat tak ze strony teoretycznej, jak i praktycznej.

Zacznę od wykładów Dra T e l e k y'ego, kierownika akademji medycyny społecznej i lekarza przemysłowego z Nadrenji, który od długich lat zajmuje się tą dziedziną i jest autorem szeregu dużych i cennych prac, między innemi wspólnie ze S c h l o s s m a n e m i G o t t s t e i n e m redaktorem sześciotomowego dzieła pt. *Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheits - Fürsorge.*

Dr. T e l e k y podał nam streszczenie prawodawstwa niemieckiego, które zresztą posiada również szereg niejasności i braków. Ideałem higjeny pracy byłoby właściwie zapobieganie uszkodzeniom zawodowym, przez instalowanie odpowiednich urządzeń ochronnych i stałe pouczanie o szkodliwościach w danym zawodzie. Postęp jest w tej dziedzinie wielki, dzięki badaniom naukowym z lat ostatnich. W poszczególnych gałęziach przemysłu, w których szczególnie uwydatnia się szkodliwe działanie pewnych czynników na ustrój ludzki, należy wykonywać stale perjodyczne badania robotników i eliminować uszkodzonych względnie nawet wykluczać od takiej pracy predysponowanych do pewnych schorzeń (*lues cerebri, tabes,* alkoholizm). Polegać należy zawsze tylko na objektywnem badaniu, nie sugerować się wywiadem. Dr. T e l e k y omówił następnie, częściowo objaśniając na materjale chorób zatrucia: Pb, Hg, P, As, benzolem i CS_2. Muszę specjalnie podnieść wielką wartość wykładów Dr. T e l e k y'ego, który opanował wszechstronnie nietylko sam przedmiot z punktu widzenia lekarskiego, ale dzięki dokładnej znajomości technologji i warunków pracy w warsztatach, mógł w swoich wywodach sięgnąć zawsze do istotnych podstaw zagadnienia.

Najobszerniej omówił prelegent z a t r u c i a o ł o w i e m, gdyż należą one do najczęściej stwierdzanych w najprzeróżniejszych zawodach i dokładna ich znajomość posiada dużą wartość praktyczną dla każdego lekarza. W latach dawniejszych 90% ogólnych zgłoszeń chorób zawodowych w Niemczech stanowiły zatrucia ołowiem. Drogi wejścia ołowiu do organizmu mogą być rozmaite. Najczęściej pracownik ulega zatruciu przez wdechiwanie par, lub też pyłu Pb, rzadziej przez połykanie substancyj ołowiowych, — (brudne ręce, papierosy), najrzadziej przez wchłanianie przez skórę, co jednakże stwierdzono również, szczególnie u aktorów i subretek, którzy większe powierzchnie ciała smarują szminkami, zawierającemi ołów. Zatrucia u drukarzy, którzy mają do czynienia tylko z suchem składaniem czcionków (zecerzy, składacze) należą do rzadkości. Dr. T e l e k y podczas swej 10-letniej działalności w Wiedniu na 5000 drukarzy w ciągu tego całego okresu stwierdził tylko 12 zatruć. Natomiast u tej kategorji drukarzy, którzy mają do czynienia z płynnym ołowiem jako t. zw. odlewacze (stereotypiści, linotypiści i t. p.) zatrucia są stosunkowo dość częste. Zatruciom ulegają dalej najczęściej pracownicy następujących zawodów: kopalń i hut ołowiu, fabryk akumulatorów ołowianych, odlewni (naczynia, dewocjonalje), spajalni ołowiu przy wielkich ciepłotach, hut szkła ołowianego, fabryk ceramicznych, kafli i naczyń glinianych polewanych, garbarni i fabryk rękawiczek (biel ołowiana do białych skórek). W zawodzie malarskim, który dawniej dostarczał sporego kontyngentu zatrutych Pb, dzisiaj po zakazie używania bieli ołowianej i wprowadzeniu w jej miejsce bieli cynkowej, zatrucia należą do rzadkości. Muszę jeszcze zwrócić specjalną uwagę na wymieniony tutaj zawód garncarski, który w naszych warunkach zasługuje na specjalną pieczę. Istnieje bowiem w Małopolsce Wschodniej chałupniczy przemysł garncarski, którego warsztaty mieszczą się w ciasnych i wcale nieprzewietrzanych izbach mieszkalnych, a pracownicy w nim zatrudnieni znajdują się w naprawdę opłakanych warunkach. Do polew garncarskich używa się mieszaniny, dającej ładny połysk i trudnej do zastąpienia, a zawierającej około 75% Pb. Podczas wypalania naczyń, pary ołowiu, wdechiwane stale przez czas dłuższy, dają częste objawy zatrucia. Nadmienię, że wdechiwanie 1 mg Pb dziennie przez czas dłuższy, działa wybitnie toksycznie na organizm.

Istnieje pewna osobnicza skłonność do zatruć Pb, którą okazują dzieci i robotnicy młodociani, osoby z chorym narządem krążenia (sklerotycy, alkoholicy, kiłowi), oraz ci, którzy już raz przeszli zatrucie.

Cechy zewnętrzne, które zdradzają osobnika zatrutego Pb, są następujące: bladość z odcieniem ziemnistym skóry, t. zw. koloryt ołowiowy, który jest podobny do skóry osób w charłactwie rakowem, wychudnięcie, podżółtaczkowe zabarwienie spojówek, charakterystyczny rąbek ołowiowy dziąseł (nie zawsze). Ze strony przewodu pokarmowego przychodzi do znacznego zaparcia stolca oraz do charakterystycznych ataków kolki. W przypadkach dalej posuniętych zatruć dochodzi do porażeń nerwu promieniowego (*n. radialis*) i niedomogi czynnościowej mięśni wyprostnych przedramion i dłoni, w końcu do *encephalopathia saturnina chronica,* charakteryzującej się ogólną apatją i otępieniem umysłowem; do rzadko spotykanych natomiast należą przypadki ostrej choroby mózgowej w postaci epileptycznych drgawek, majaczeń i zapaści. Częste zmiany naczyniowe dopełniają całości obrazu.

Do najważniejszych i najczęściej spotykanych należą następujące objawy: 1) R ą b e k o ł o w i o w y na samym brzegu dziąseł, barwy szarawo-czarnej, będący następstwem działania siarkowodoru w jamie ustnej. Wskutek coraz lepszej higjeny i pielęgnacji jamy ustnej objaw ten obecnie spotyka się rzadziej. Rąbek występuje zupełnie samoistnie, bez zapaleń dziąseł i błony śluzowej ust i jest właściwie znakiem wchłaniania Pb, a nie zatrucia. Również nie zachodzi żaden związek między ołowicą, a utratą zębów.

2) W związku z zaczynającem się p o r a ż e n i e m n. p r o m i e n i o w e g o (*n. radialis*) przychodzi do charakterystycznego ustawienia dłoni w stawie nadgarstkowym, trudności zgięcia dłoni w kierunku grzbietowym, która nigdy nie dochodzi do kąta prostego z przedramieniem.

3) Obraz krwi: Występują w czerwonych ciałkach krwi ziarnistości zasadochłonne t. zw. z a s a d o c h ł o n n e c i a ł k a c z e r w o n e. Twory takie w znikomej ilości trafiają się w krwi prawidłowej. W preparatach zbyt silnie utrwalonych wogóle trudne jest ich wykrycie i dlatego też, by objaw ten miał wartość rozpoznawczą, konieczna jest pewna standaryzacja techniki barwienia. Dr. T e l e k y zaleca następującą: Preparat krwi na szkiełku podstawowem wysuszyć, utrwalać 3 min. alkoholem metylowym czystym, barwić parę sekund błękitem metylenowym Löfflera (1—2 krople). Ze względu na trudność różnicowania, czy ilość znalezionych ziarnistych erytrocytów jest prawidłowa, czy patologiczna, — radzi Dr. Teleky tak postępować: przeszukać preparat 10 min.; — o ile niema żadnych ciałek czerwonych z ziarnistościami, lub tylko 2—3 w całym preparacie, jest to bez znaczenia, — jedno w polu widzenia, — już podejrzane; więcej — bezwzględnie patologiczne. Dr. Teleky zwraca uwagę, że czasem mogą być objawy ciężkiego zatrucia ołowianego z kolką nawet, a w krwi niema erytrocytów zasadochłonnych. Jednakże o ile u kogoś raz się je stwierdzi, — to ilość ich idzie zazwyczaj w parze z przebiegiem sprawy. Poza tem zmniejszoną jest w krwi ilość Hb i czasem występuje hematoporfiryna w moczu.

Na szczególną uwagę zasługują zmiany w narządzie krążenia. Ołów jako trucizna działa głównie na system naczyniowy w sensie zwężającym; kolka ołowiowa jest następstwem skurczu naczyń i gładkich mięśni. Prowadzi to do nadciśnienia, które powoduje

*) Złożony w marcu b. r. do laski marszałkowskiej projekt ubezpieczeniowej ustawy scaleniowej przewiduje objęcie inwalidztwem pracy również chorób zawodowych.

proces miażdżycowy z całym zespołem objawów, do nerki marskiej włącznie.

Z chwilą usunięcia działania szkodliwego ołowiu, objawy znikają dość szybko. I tak: rąbek na dziąsłach po 2—3 miesiącach, koloryt skóry w 2—3 tygodniach, ciałka czerwone zasadochłonne w 2—3 tygodniach. U chorych ze zwolnioną przemianą materji objawy ustępują naogół wolniej. W większości przypadków prognoza jest dobra, z wyjątkiem nawrotów.

Ołów magazynuje się w organizmie, głównie w wątrobie i chrząstkach, z czasem tylko w tych ostatnich.

Na szczególne wreszcie podkreślenie zasługuje fakt, że ołów posiada wielkie znaczenie w wymianie wapnia i na nim oparto leczenie zatruć, podając z bardzo dobrym wynikiem dożylnie wapń i mleko doustnie.

Obecnie są w trakcie badania Schmidta nad wykrywaniem ołowiu w krwi. Minimalne ilości Pb znajdują się w kale i w moczu i można je tu wykryć, lecz pokusić się o to może jedynie bardzo doświadczony chemik, zaś zwykłe pracownie lekarskie analityczne, nie powinne się nawet brać do tego, — tem bardziej, że wynik ujemny badań i tak o niczem jeszcze nie świadczy. O ile osobnik ulegał zatruciu przez połykanie ołowiu, wtedy w kale i moczu będzie go wiele, lecz będzie on raczej objawem wydalania, a nie wydzielania.

Minister Pracy w Niemczech wydał 31. V. 1930 r. specjalne rozporządzenie będące instrukcją szczegółową dla badań lekarskich i kontroli stanu zdrowia robotników nowo przyjętych do pracy. Rozporządzenie poleca wykluczać z niej tych, którzy już raz przeszli zatrucie ołowiowe. Dalej podaje program szczegółowy badań perjodycznych i objawy, na które w pierwszym rzędzie należy zwracać uwagę.

Z a t r u c i a z a w o d o w e r t ę c i ą spotyka się przedewszystkiem u robotników, zajętych w kopalniach rtęci, w fabrykach termometrów i barometrów, wyrobów elektrycznych, (przerywacze Hg) w fabrykach rur rentgenowskich i lampek elektrycznych. Przy wyrobie luster używane są dzisiaj już przeważnie preparaty srebrowe. Łatwość zatrucia u tych kategoryj pracowników tłumaczy się tem, że Hg paruje już przy normalnej ciepłocie, jak również bywa przez skórę łatwo wchłaniana.

Nad tą dziedziną zatruć nie będę rozwodził się więcej, gdyż nie ma ona u nas większego praktycznego znaczenia, jak też podobnie i szereg innych zatruć omawianych przez Dr. Teleky'ego.

Następnym wykładowcą był Prof. Dr. B e r g, który swój dwugodzinny wykład poświęcił z a t r u c i o m t l e n k o w ę g l o w y m i a r s e n o w y m.

Prelegent obszernie omówił z a t r u c i a CO jako jedne z najczęściej spotykanych w najróżnorodniejszych gałęziach przemysłu. Toksykologja i patologja tych zatruć są powszechnie znane, więc zbędnem jest ich powtarzanie. Na szczególną uwagę z punktu widzenia orzecznictwa zasługują stany chorobowe, będące następstwem ostrych zatruć CO, jak zaburzenia w krążeniu, zakrzepy w mózgu i związane z tem zaniki nerwów wzrokowych i węchowych, objawy zapaleń nerwowych różnego nasilenia, do zmian troficznych włącznie, cukrzyca, stany zapalne nerek, psychozy.

W z a t r u c i a c h a r s e n o w y c h wytyczne rozporządzenia niemieckiego Ministerstwa Pracy o chorobach zawodowych podają jako główne objawy, które podpadają pod odszkodowanie: zaburzenia narządu pokarmowego i odżywiania, zboczenia czucia *(paraesthesiae)*, bóle, zaburzenia na tle zapalenia nerwów, porażenia i hiperkeratozy.

Do niezmiernie częstych schorzeń należą u s z k o d z e n i a z a w o d o w e s k ó r y, które szczególnie u nas w Małopolsce Wschodniej wzbudzają specjalne zainteresowanie w związku ze znacznym rozwojem przemysłu naftowego, garbarskiego i innych. Zawodowy wyprysk należy wogóle do najczęściej spotykanych schorzeń. O p p e n h e i m, który tem zagadnieniem specjalnie się zajmuje, w ciągu 13 lat swej obserwacji miał ogółem 41.200 przypadków chorób skórnych i wenerycznych, w tem 27.500 skórnych, a z nich 5.334 wyprysków zawodowych, co czyni 20%!

Te liczby wskazują, jak doniosła jest sprawa zawodowych schorzeń skóry i jak mało jest oną dzisiaj doceniana przez ogół lekarzy, którzy tylko w wyjątkowych przypadkach starają się ustalać związek przyczynowy cierpienia z zawodem i skierowują tem samem leczenie na właściwe tory.

To też z prawdziwem zainteresowaniem słuchaliśmy dwu-godzinnego wykładu prof. Dr. B e r i n g a, dyrektora Kliniki chorób skórnych w Kolonji.

Ręce i twarz robotnika, jako obnażone, najczęściej są narażone na bezpośrednie, szkodliwe działanie różnych bodźców, chociaż i działanie endogenne za pośrednictwem przewodu pokarmowego, bądźteż oddechowego, ma tu niejednokrotnie wielkie znaczenie etjologiczne. Istnieje zazwyczaj pewna osobnicza skłonność zależna od płci, wieku i przemiany materji, a nadewszystko wrodzonego, bądźteż nabytego uczulenia ustroju. Temu ostatniemu zagadnieniu poświęca się dzisiaj najwięcej czasu i trudu. Istnieje pewna skłonność do występowania zawodowych schorzeń skóry u osób z łojotokiem, rybią łuską i wypryskami pochodzenia nerwowego, — rzecz powszechnie zresztą znana dermatologom.

Najczęstsze wypryski zawodowe spotykamy u murarzy, malarzy, praczek, piekarzy, garbarzy, robotników z fabryk nafty, parafiny, smoły, fotografów, zawodów prowadzących do uszkodzeń energją promienną i t. p. Doświadczalnie udało się wywołać wyprysk dziegciowy. Dotychczasowy bieg badań zmierza raczej w kierunku czynnościowym, a nie anatomiczno-histologicznym.

Prof. Bering zwraca uwagę na ważność prób na „gotowość" skóry do występowania wyprysku *(„Eczembereitschaft")*.

Należy jednakże pamiętać o tem, by nie używać do prób substancyj, które normalnie drażnią skórę w zwykłych stężeniach, a dalej, że odczyn musi być swoisty, t. zn. winien wywołać charakterystyczny wyprysk — a nietylko zwykłe podrażnienie skóry. Metodykę badań wypracował B l o c h, który używa do prób pomornika *(arnica)*, formolu i terpentyny.

W procesach uczuleniowych o podłożu wrodzonem, czy też nabytem upatruje K r e i b i c h punkt uchwytu w zakończeniach nerwów skórnych, przyczem wrażliwość na pewne bodźce bywa według niego rzadko jednowartościową, częściej wielowartościową. Wielkie zastosowanie mają dzisiaj w leczeniu omawianych tu stanów chorobowych próby z odczulaniem, które nie są niczem innem, jak uodparnianiem, używaniem substancyj, które działały szkodliwie.

Bardzo ważnym momentem, mającym wpływ na wynik działania, jest sposób, w jaki dany czynnik doprowadzono do ustroju. Często np. jakaś substancja doprowadzona dożylnie nie wywoła wcale wyprysku, co ma jednakże miejsce przy podaniu jej doustnem. Typowym przykładem tego jest stosowanie chininy, która podana doustnie wywołuje często szereg ubocznych objawów, nie występujących po podaniu jej dożylnem. Próby kontrolne należy wykonywać poza osobnikiem badanym przynajmniej na 4—5 osobach. Jeśli u paru z nich będzie dodatni wynik próby, należy go odnieść raczej do samego preparatu, a nie do procesu uczuleniowego. Wynik ujemny prób na uczulenie, nie pozwala często wykluczyć i tak istniejącego uczulenia. W zawodzie fryzjerskim i piekarskim próby na odczulenie często pozostają bez wyniku, a wypryski u nich stwierdzane są zazwyczaj bardzo uporczywe. To też u młodych kandydatów do zawodu piekarskiego konieczne jest przeprowadzenie prób czynnościowych z różnemi wywoływaczami, jak: mąką żytnią i pszenną, solą, drożdżami, wodą i t. p., by wykluczyć u nich istnienie uczulenia. Prof. B e r i n g zwraca uwagę, by wyciągów nie sporządzać samemu, a nabywać w specjalnych zakładach, gdyż antygeny są w zasadzie te same. Nadmienię jednak, że wielu badaczy jest zdania odmiennego.

W przypadkach stwierdzonej idjosynkrazji nie należy się ubezpieczonemu żadne odszkodowanie, gdyż jest to wada, jak wiemy, wrodzona. Z faktem tym spotyka się często u piekarzy, na co należy zwrócić uwagę w orzecznictwie.

Do zawodowych swoistych uszkodzeń skóry zaliczamy również t. zw. „z n a m i o n a". Mogą one być rozmaitego rodzaju i tak barwikowe: np. u garbarzy brunatno-czerwone wskutek działania wapna i taniny; u farbiarzy skór czarne, — od ursolu (parafenylendiamina); czerniaczka *(melanosis)* arsenowa u farbiarzy jedwabiu i piór i u robotników zajętych wyrobem zieleni szwainfurckiej; impregnacja skóry drobnemi częściami metali i węgla najczęściej u górników zajętych w różnych kopalniach; odciski i nagromadzenia się mas zrogowaciałych u wydymaczy szkła na dłoniach z wypryśnięciami mieszaniny węgla drzewnego, kolofonji i smoły wskutek obracania dmuchawki w gorącu, u koźlarzy i tragarzy na barkach i plecach; zaskórniki u osób mających zatrudnienie z naftą i jej przetworami, olejami, chlorem i t. p.; nadżerki i popękania na powierzchni dłoniowej u nasad palców u kamieniarzy, brukarzy i t. p. liczne inne uszkodzenia.

Podczas wykładów demonstruje prof. B e r i n g szereg cennych przeźroczy licznych schorzeń zawodowych skóry, stwierdzanych w ośrodkach fabrycznych prowincji nadreńskiej.

Cykl wykładów z dziedziny chorób zawodowych obejmował dalej s c h o r z e n i a o c z u (wykładowca prof. Dr. K r a u s s). Mamy tu do czynienia przedewszystkiem z działaniem różnych odmian pyłów na oko zewnętrzne, z ciałami obcemi, które w postaci odłamków powodują małe, bądź też większe uszkodzenia oka. U robotników rolnych zachodzi stosunkowo dość często pełzający wrzód rogówki *(ulcus serpens corneae)*, wskutek uszkodzenia przez drobniutkie cząsteczki zbóż i następowego zakażenia pneumokokami, — bądź też pałeczką Moraxa. Dalej do częstszych należą uszkodzenia wywołane parami i gazami różnych substancyj, oraz wielkiem gorącem z pieców hutniczych, fabrycznych i t. p.

Na specjalne wyróżnienie zasługuje wreszcie z a ć m a w y d y m a c z y s z k ł a, która w Niemczech zachodzi często i zaliczona jest do specjalnych schorzeń oczu, dających prawo do renty. Zaćma zawodowa powstaje wskutek działania bardzo wysokich temperatur, jakie są w hutach szklanych (110° przy piecu, 45° w miejscu wydymania) i pozafiołkowych promieni, których z pieca z rozżarzonem szkłem promieniuje wiele. Gra tu rolę działanie bezpośrednie, lub też pośrednie przez uszkodzenie ciałka rzęskowego i upośledzenie odżywiania soczewki. Zgłoszenia tego schorzenia odbywają się w Niemczech na specjalnym formularzu.

Półgodzinny wykład o z a w o d o w y c h s c h o r z e n i a c h u s z u (prof. Dr. Oertel) zakończył ten cykl wykładów. Czynnikiem głównie tu działającym jest ciągły hałas, który prowadzi do upośledzenia, a nawet utraty słuchu wskutek zaniku aparatu Corti'ego. Dlatego też bardzo ważne są tutaj badania z dziedziny przewodnictwa słuchu i symulacji głuchoty i znajomość tych rzeczy przez lekarzy jest również niezbędną.

Ostatni wykład 2-godzinny zapoznał nas z p i e r w s z ą p o m o c ą i o ż y w i a n i e m. Odbył się on w głównej strażnicy pożarnej miasta Düsseldorfu. Wykładali inż. Müller i Dr. Teleky. Specjalna sala wykładowa zaopatrzona była doskonale we wszelki pomocniczy sprzęt naukowy, a wykłady prowadzone były praktycznym sposobem z licznemi demonstracjami na strażakach.

Podaję kilka szczegółów, zaobserwowanych z tej dziedziny: W ustalonym i licznie rozpowszechnianym typie apteczek podręcznych, zamiast zazwyczaj używanego Esmarcha gumowego, jest Esmarch z gurtu, który jest trwalszy i nie kruszeje z leżenia; jodyna znajduje się w maleńkich fiolkach szklanych w porcjach do jednorazowego użytku. Apteczki zaopatrzone są w ampułki z lobeliną à 0,1, stosowanej celem ożywienia oddychania. Zademonstrowano nam również przeróżne pochłaniacze i aparaty do oddechania (pulmotory), używane w ratownictwie górniczem.

Pobyt w Niemczech starałem się również wykorzystać w tym kierunku, by się wszechstronnie zapoznać z organizacją Kas Chorych i Opieki Społecznej.

Zwiedziłem piękne gmachy Kas Chorych w Kolonji i Düsseldorfie. Lecznictwo prowadzone jest w tych kasach, jak zresztą przeważnie w Niemczech, systemem gabinetowym, w prywatnych mieszkaniach lekarzy. Mimo to koszta związane z płacami lekarzy nie przekraczają 20% ogólnego przypisu. W gmachach Kas, prócz działów zgłoszeń, świadczeń pieniężnych i wszelkich biur, mieszczą się tylko gabinety lekarzy zaufania, przez których ręce przechodzą wszyscy zasiłkowi, — laboratorja, zakłady lecznictwa specjalnego, jak rentgenowskie, fizyko- i hydro-terapeutyczne, dentystyczne, inhalatorja i t. p.

Ze szpitali zwiedzanych przeze mnie na specjalną uwagę zasługuje Sanatorjum dla dzieci gruźliczych w Waldesheim pod Düsseldorfem, utrzymywane przez ubezpieczalnię krajową prowincji reńskiej. Sanatorjum przewidziane na 135 łóżek jest wzorem tego, co można dać w formie najbardziej doskonałej przy stosowaniu jak największych oszczędności i przy najmniejszych kosztach. Kompletny koszt osobo-dniówki wynosi 4.50 Mk. czyli przeszło połowę tego co u nas. Podnoszę ten fakt szczególnie skwapliwie, gdyż pod tym względem grzeszy się u nas zbyt często. Podam parę charakterystycznych szczegółów zaobserwowanych podczas zwiedzania: odrębne pawilony z gruźlicą otwartą mają swoje własne urządzenia gospodarcze i lecznicze z Roentgenem włącznie. Każde dziecko przyjęte do szpitala od 3—16 lat dostaje swój własny numer, który widnieje na łóżku, kubku, woreczku ze szczoteczką do zębów i grzebieniu w umywalniach. Powierzchnia werand w sumie większa jest od sal szpitalnych; dzieci z gruźlicą kości i niektóre z cięższą gruźlicą płuc przebywają dzień i noc na werandach, otrzymując w razie potrzeby gorące flaszki w nogi; na ścianach przy łóżkach rozpięte są białe płótna, często zmieniane, celem odkażania; przy każdem łóżku znajduje się kontakt na lampę kwarcową i Solux (przenośne) do naświetlań w odpowiednich przypadkach, — głównie gruźlicy kostnej.

Podziwiałem doskonały wygląd i humor dzieci dotkniętych gruźlicą kostną, przykutych, jak wiadomo, miesiącami do swych łóżeczek. Wpływa na to nastrój stwarzany przez freblanki, nauczycielki, które przebywają stale na salach, względnie werandach, i odbywają z dziećmi normalne lekcje, a oprócz tego pogadanki z dziedziny ogólnej higjeny i gruźlicy (propaganda użycia spluwaczek). Nadmienię, że dzieci te mają łatwo i bez trudności przedłużany okres świadczeń z Kas Chorych, by móc przebywać w Zakładzie aż do zupełnego wyleczenia. Sanatorjum posiada specjalną kamerę Storma dla astmatyków. W początkowych okresach gruźlicy stosowaną jest szeroko hydroterapja. Solarjum duże mieści się w kolistej sali, w której przy ścianach ustawiono naprzemian po 4 lampy Jesionka i Solux'y; na podłodze wyrysowano 5 koncentrycznych kół, w których dzieci podczas naświetlań przechadzają się, przechodząc stopniowo, z kół środkowych, do bardziej obwodowych, położonych bliżej lamp. Ogromną wagę przywiązuje się do werandowania i jego dyscypliny. Każde dziecko ma swój własny leżak i nad głową tabliczkę z wypisanem ściśle rozpoznaniem i ordynacją, by personal dozorujący był dobrze zorjentowany, jak ma się ono podczas werandowania zachowywać. Podziwiałem również doskonałą organizację odkażania bielizny, naczyń i spluwaczek.

W miejscowości Remscheid, położonej tuż obok sławnego z wyrobów stalowych Solingen, dzięki uprzejmości naczelnego lekarza miejskiego dr. Aschenheima zapoznałem się szczegółowo z całokształtem organizacji opieki społecznej zamkniętej i otwartej, zwiedzając w dostarczonym mi samochodzie prezydjum miasta, wszystkie urządzenia i objekty z tej dziedziny. Sprawy tej, jako odrębnej, niezwiązanej ściśle z tematem omawianym, nie poruszam szczegółowo rezerwując ją na czas późniejszy.

Z obowiązku muszę podnieść wielką uprzejmość i życzliwość, z jaką odnosili się do mnie wszyscy spotykani przeze mnie lekarze na kierowniczych stanowiskach, nie szczędząc trudu, by mnie zapoznać z wszelkiemi urządzeniami i służąc wszechstronnemi wyjaśnieniami.

Zwiedzając piękne miasta, podziwiając stan ich czystości i higjeny, myślałem sobie, że o wiele łatwiejszą pracę mają nasi koledzy niemieccy i nie życzyłbym im tych ciężkich warunków pracy, w jakich znajdują się koledzy np. z Kresów Wschodnich.

Pragnę zwrócić uwagę jeszcze na jeden szczegół, może drobny, ale niezmiernie ważny z punktu widzenia zdrowotności kraju: wszędzie rozbrzmiewa propaganda spożywania mleka, wszędzie specjalne kioski i na dworcach i w licznych punktach miast, zwiedzanych przeze mnie, w których sprzedają ten ważny produkt pierwszorzędnej jakości. Pije je masowo młodzież szkolna, pije urzędnik i robotnik spieszący do pracy. Nad jakością mleka i nad propagandą jego spożywania czuwa specjalny mleczny wydział państwowy, *(Reichsmilchausschuss)*, a rozsprzedażą masowo zajmują się również miejskie mleczarnie. Przykład najbardziej godny naśladownictwa u nas.

Poruszyłem tyle ważnych i istotnych spraw z dziedziny medycyny społecznej, by uwidocznić wielką wagę tej nowej, najmłodszej gałęzi medycyny, która nie wszędzie jeszcze zyskała pełne prawo obywatelstwa. Opanowanie wszechstronne tak dużej wiedzy z dziedziny opieki społecznej, chorób zawodowych, higjeny pracy, ubezpieczeń społecznych i t. p. wymaga dzisiaj specjalnego i dłuższego studjum, gdyż lekarz tylko należycie wyszkolony i przygotowany będzie mógł sprostać tym licznym zadaniom, jakie nań włoży przy wykonywaniu jego zawodu nowoczesna medycyna społeczna. Nie dziwnem nam się wyda zatem wołanie lekarzy francuskich i niemieckich, a ostatnio coraz liczniej i naszych, którzy coraz natarczywiej domagają się tworzenia katedr medycyny społecznej, by młody narybek lekarski urabiać od samego początku w duchu społecznym. Gwałtowny rozwój ubezpieczeń społecznych poszedł tak szybko, że dzisiejszy program studjum medycznego, przy całym swoim rozroście jest jeszcze za ciasny, by pomieścić to wszystko, co studjujący powinien poznać. Każdy przyznać musi, że nowy adept sztuki lekarskiej opuszczając progi uniwersyteckie z dziedziny medycyny społecznej, a szczególnie ubezpieczeniowej wynosi niestety bardzo skąpe ułamki wiedzy i musi ją zdobywać dopiero w trakcie wykonywania zawodu samokształceniem, bądź w jedynej u nas w Polsce, bardzo zresztą wysoko postawionej i doskonale zorganizowanej Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie. Jasną jest rzeczą, że samo odbycie kursu, choćby i 9-miesięcznego, jak w Państw. Szkole Higjeny nie stworzy jeszcze typu lekarza-społecznika, przejętego swem szczytnem posłannictwem i oddanego sprawie duszą całą. Trzeba, długo nad sobą pracować, by opanować tyle nowych dziedzin i przetrawiwszy to wszystko gruntownie, myśleć przez cały czas swej działalności, kategorjami społecznemi, że się tak wyrażę.

Podejmowana zaś u nas w ostatnich czasach inicjatywa w kierunku pewnej reformy studjów lekarskich winna jak najrychlej doprowadzić do skonkretyzowania programu, uwzględniającego w szerokiej mierze postulaty nowoczesnej medycyny społecznej i ubezpieczeniowej.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Kilka uwag w sprawie propagandy medycyny polskiej.

Dobrze uczynił kol. K o n o p k a, kierownik jednego z większych, acz młodszych datą księgozbiorów medycznych, umieszczonego przy Wojskowej Szkole Sanitarnej w Warszawie, iż poruszył na łamach pisma lekarskiego (Polska Gazeta Lekarska Nr. 7) dawno aktualną, palącą sprawę propagandy medycyny polskiej.

Zabierając okazyjnie głos, zgóry zaznaczam, że mam na myśli propagandę wyłącznie zagraniczną i że nie zamierzam dotykać licznych kwestyj, w luźnym tylko związku z tematem propagandy znajdujących się, a które kolega K. porusza, jak bibljografja medyczna, bibljoteki lekarskie, honorarja autorskie, nadmiar polskich czasopism lekarskich i t. p.

Rozumiem dobrze, iż propaganda sprowadza się częściowo do nawiązania ściślejszego kontaktu ze światem lekarskim zagranicy przez wymianę wzajemną pism i wydawnictw, do stałego informowania o istniejących i nowo powstających instytucjach leczniczych oraz do udzielania ciągłego a nieprzerwanego krajowych wiadomości bibljograficznych.

Jeśli prawdą jest, co podaje kol. K. — a nie mam prawa kwestjonować tego — że słynny w świecie lekarskim i na wysokości zadania stojący międzynarodowy „*Quaterly cumulative Index Medicus*" przytacza z pośród blisko 2000 wychodzących czasopism lekarskich aż 5 w języku polskim, mimo iż jest tych ostatnich z górą 70, to jest to bardzo smutne. Tem bardziej jest to pożałowania godne, że medycynę polską reprezentuje obok „Polskiej Gazety Lekarskiej" jedynie rozpowszechniony wśród wojskowych „Lekarz Wojskowy", wśród sportowców „Przegląd Sportowo-Lekarski" i wśród członków Akademji „Pamiętnik i Biuletyn Akademji Polskiej".

Nawet interesujący się bibljografją rdzenny Polak, nietylko obcokrajowiec, niezbyt dokładnego nabiera pojęcia o medycynie polskiej z tych kilku pism. Tyle co do eksportu.

Co do importu, to jeśli istotnie statystyka pism lekarskich zagranicznych, prenumerowanych lub otrzymywanych przez trzy największe bibljoteki stolicy, nie dosięga liczby 225, czyli 1/10 produkcji światowej, to i to dowodziłoby, że na kapitalne monografje, uwzględniające bibljografję bieżącą w szerokim stylu, wyjątkowo odważy się ktokolwiek u nas, nawet ten cierpliwy autor, pracownik naukowy, który zada sobie trudu mozolnego przeszukiwania na ślepo wszystkich dostępnych mu w kraju czasopism.

Mnie osobiście chodzi w tych pobieżnych uwagach, biorących za punkt wyjścia powyższe *pro informatione* przytoczone dane, jedynie i wyłącznie, jak wspomniałem, o propagandę medycyny polskiej zagranicą.

Czy wystarcza do tego celu zachwalana wymiana pism? Bynajmniej! Wyjątkowo kto z nas zajrzy do przysłanego czasopisma japońskiego, nawet ozdobionego rycinami, wyjątkowo kto postara się odcyfrować treść artykułu pisma portugalskiego a nawet jugosłowiańskiego. Tem rzadziej zapewne uczyni to Francuz lub Anglik z Polską Gazetą Lekarską lub Warszawskiem Czasopismem Lekarskiem.

Ofiara egzemplarza wymiennego jest dla naszych redakcyj nie bardzo bolesna, prezent dla wielkiej bibljoteki zachodnio-europejskiej lub północno-amerykańskiej, kompletującej swoje zbiory, bardzo pożądany, ale dla propagandy istotnej, realnej, praktycznej, korzyść bardzo niewielka. Dostarczanie zagranicy tu i ówdzie bibljografji polskiej w postaci np. Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego, wychodzącego przy Warsz. Tow. Lek., posiada — według mnie — najwyżej cechy miłości platonicznej.

Za najbardziej nadające się do propagandy uważałem zawsze i uważam obecnie stałe dostarczanie dobrych a przejrzystych krótkich a treściwych referatów prac polskich w kilku językach europejskich, zwłaszcza w niemieckim i francuskim. Streszczenie w języku zachodnio-europejskim zauważy każdy, który się daną sprawą bliżej interesuje, a mówię to z własnego długoletniego doświadczenia. Od lat 25-ciu pełnię obowiązki referenta polskich prac neurologicznych, pedjatrycznych i pedagogicznych w bardzo rozpowszechnionym na świat cały popularnym dwutygodniku niemieckim, dawnym *Neurologisches Zentralblatt*, E. Mendla, obecnym *Zentralblatt für Neurologie und Psychiatrie* J. Springera i muszę stwierdzić, że niejednokrotnie widzę, że autorzy zagraniczni różnych krajów cytują i powołują się na te referaty, że często się zwracają do mnie o bliższe szczegóły lub o adres autora względnie redakcji polskiej.

Tak było przed wojną wszechświatową, tak jest obecnie.

Może byłoby wskazanem, jak to kol. K. proponuje, załączenie do każdej pracy oryginalnej autoreferatu w polskim lub w jakimkolwiek, autorowi przystępnym, języku zachodnio-europejskim (niekoniecznie francuskim). Bardzo praktycznie, naśladowania godnie — wprawdzie nie tanio — urządza się ostatnio wychodzący w Poznaniu kwartalnik (Chirurgja narządów raka i Ortopedja Polska), który dołącza do każdego zeszytu pisma luźnie autoreferaty z każdego artykułu w językach: niemieckim, francuskim i angielskim, autoreferaty przez redakcję cenzurowane, które recenzent do pism zagranicznych może *in toto* zużytkować lub dowolnie uzupełnić, skrócić, zmodyfikować lub odrzucić.

Ten rodzaj propagandy uważam na początku, albo powiedzmy w chwili obecnej, za najlepszy i najtańszy, za praktyczny, owocny i najszybciej do celu prowadzący. Sądzę, że w tej propagandzie same redakcje więcej tu zyskają od autorytatywnej jedynie w sprawach społeczno-lekarskich, Naczelnej Izby Lekarskiej.

Projektowany „Kwartalnik Propagandowy" dla zagranicy, n. b. uczciwie zorganizowany i sumiennie przez referentów prowadzony, traktowałbym narazie jako muzykę przyszłości.

Henryk Higier (Warszawa).

W sprawie oświadczenia prof. Eigera, zamieszczonego w Księdze Pamiątkowej XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Wilnie.

W protokóle z V. posiedzenia X. sekcji Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Wilnie znajduje się na str. 317 tomu I-go Księgi Pamiątkowej tego Zjazdu pisemne oświadczenie prof. Eigera, złożone — jak się okazało — już po zamknięciu zjazdu, a z którego treścią zapoznałem się dopiero po otrzymaniu pamiętnika. Sprawa umieszczenia w protokóle tego ustnie niewygłoszonego oświadczenia była przedmiotem korespondencji między mną i Komitetem gospodarczo-organizacyjnym zjazdu oraz b. Gospodarzami i Sekretarzem X. sekcji, ostatecznie zaś została przeze mnie skierowana do Stałej Delgacji Zjazdów L. P. P.

Ponieważ, jak wynika z przytoczonych okoliczności, na oświadczenie to nie mogłem bezpośrednio zareagować, dlatego też pozwalam sobie tą drogą udzielić odpowiedzi.

W roku 1923 kol. B. Gutowski, ówczesny asystent zakładu fizjologji U. W., ogłosił III. doniesienie tymczasowe w Nr. 26 Pol. Gaz. Lek., w których podaje sposób otrzymywania t. zw. biodializatów z tkanek i zastosowanie tej metody do badań o wydzielaniu wewnętrznem. Za punkt wyjścia w opracowaniu metody biodializatów posłużyły mu poglądy, wyrażone w moim wykładzie wstępnym z dnia 11 listopada 1916 roku: „wyciągi z narządów a wydzielanie wewnętrzne" oraz próby metodyczne, czynione w tym kierunku przez Weilanda, Le Heuxa i Beckmanna. Metoda, zastosowana przez Gutowskiego i używana stale do tej pory w naszym zakładzie, okazała się bardzo dobrą i owocną, doprowadzając do uzyskania ciekawych wyników, odnośnie ciał czynnych zwojów gwiaździstych (Med. D. i Sp. T. I. *oraz C. r. d. S. d. l. Soc. d. Biol.* T. XC.), ciał czynnych mózgu (M. D. i Sp. T. VI. oraz *C. r. d. S. d. l. Soc. d. Biol.* T. XC.), a później przez Walawskiego do stwierdzenia w biodializatach z kiszek wpływów hamujących wydzielenie soku żołądkowego (M. D. i Sp. T. XI. oraz *C. r. d. S. d. l. Soc. d. Biol.* T. XCIX.). We wspomnianym artykule z 1923 roku Gutowski jednocześnie zaznaczył, że badania Eigera, podane do wiadomości publicznej, jako komunikat tymczasowy w r. 1917, oparte były na tych samych podstawach, które ja wysunąłem w swoim wykładzie wstępnym z 1916 r. Oświadczenie prof. Eigera dotyczy właśnie tej kwestji.

Prof. Eiger pisze: „Kol. Gutowski w pracy swej o biodializatach podaje, jakoby doświadczenia moje i metoda otrzymywania wewnętrznych wydzielin narządów izolowanych oparta była na myśli kol. Czubalskiego, wypowiedzianej w jego odczycie inauguracyjnym w roku 1917. Zmuszony jestem fakt ten sprostować! W rzeczywistości Gutowski nie podawał, że badania i metoda, stosowana przez Eigera, oparta była na „myśli", wypowiedzianej przeze mnie w wykładzie wstępnym z 1916 r. (a nie z 1917, jak pisze Eiger), lecz stwierdził jedynie bezsporny fakt, że „badania Eigera nad gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem oparte są właśnie na tych podstawach (*Zentr. f. Phys.* T. 32, str. 64, 1918 r.)".

Dalej, co do pierwszeństwa publikacji, to znowu jest faktem bezspornym, że, jeżeli chodzi o czasopisma fachowo-naukowe, na które jedynie obowiązani jesteśmy się powoływać, doniesienie tymczasowe prof. Eigera, mające związek z tem zagadnieniem, było nadesłane przez Eigera do redakcji *Zentralblatt für Physiologie* dopiero 9 lutego 1917 r., a wydrukowane w kwietniu tegoż roku, mój zaś wykład wstępny, wygłoszony w listopadzie 1916 roku, był wydrukowany dnia 6 stycznia 1917 r. (Nr. 1 Gaz. Lek. 1917). Jasną jest wobec tego rzeczą, że Popielski, który — jak widać z jego artykułu w T. 170 *Pflüger's Arch.*, opierał się jedynie na tych dwóch publikacjach, t. j. mojej z dnia 6 stycznia 1917 roku i Eigera z dnia 15 kwietnia 1917 roku i stwierdził w obu tych artykułach zgodność zasadniczej myśli, nie mógł mieć żadnej wątpliwości, która z tych publikacyj była wcześniejsza. Interpretacja zatem sensu artykułu Popielskiego, dokonana przez prof. Eigera, nie wytrzymuje krytyki.

Prof. Eiger wreszcie podaje do wiadomości po raz pierwszy, że swoją metodę izolowania ciał czynnych, zapomocą której miał widocznie nadzieję uzyskiwać fabrycznie większe ilości hormo-

nów z różnych narządów, jakoby w obawie grożącej skądś możliwości uprzedzenia prof. Eigera pod tym względem, zabezpieczył odpowiednio opłaconym aktem w urzędzie patentowym w Szwajcarji. Przyznaję się, że publikacyj tego czy innych urzędów patentowych nie znałem i niemi się nie interesowałem, jako nie należącemi do literatury naukowej. A ponieważ, mimo wygaśnięcia już terminu, na który patent opiewał (1925 r.) świat lekarski nie otrzymał do dyspozycji żadnych preparatów hormonalnych, fabrykowanych opatentowaną metodą, przeto i na tej pośredniej drodze o istnieniu patentu dowiedzieć się nie mogłem. Nie były również ogłaszane, czy to przez samego prof. Eigera czy jego uczniów jakiekolwiek prace naukowe, oparte na metodzie Eigera lub z powołaniem się na nią. Po zbadaniu obecnie przeze mnie całej tej sprawy, okazało się, że *Hauptpatent* i t. zw. *Patentschrift* Nr. 72887 wydany jest na nazwisko dwóch osób, a mianowicie prof. Bürgi i Dr. Eigera na skutek ich prośby z dnia 15 października 1915 roku. Ogłoszenie jednak tego patentu wraz z krótkim opisem stosowanej metody, celem otrzymywania i wyosobniania wydzielin wewnętrznych, nastąpiło dopiero 2 stycznia 1917 roku (a nie w początkach 1916 roku, jak to mylnie podaje prof. Eiger), a więc w tym samym czasie, co i moja publikacja naukowa. Twierdzenie więc prof. Eigera, że już w 1915 roku podał swą metodę do „publicznej" wiadomości, jest niezgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

W końcu prof. Eiger wyraża przypuszczenie, że „prof. Czubalski, nie znając wcześniejszej pracy mojej, wypowiedział myśl swoją wprawdzie niezależnie, lecz dopiero w rok po zjawieniu się mojego doniesienia w druku". Odpowiadając w tej sprawie, muszę wyraźnie raz jeszcze stwierdzić, że przytoczone przez Eigera ogólnikowe daty, na których opiera się to zdanie, są zupełnie niedokładne. Biorąc pod uwagę, że najwcześniejsza publikacja naukowa Eigera, dotycząca omawianych zagadnień, zjawiła się dopiero 15 kwietnia 1917 r.*(Z. f. Ph.* T. XXXII, Nr. 2), zastrzeżenie zaś patentowe wraz z krótkiem uzasadnieniem stosowanej przez Eigera metody, na co się Eiger powołuje, zostało ogłoszone dopiero dnia 2 stycznia 1917 r., trudno jest zrozumieć, w jaki sposób ja, wypowiadając swój wykład wstępny 11 listopada 1916 roku i ogłaszając go drukiem 6 stycznia 1917 roku, mógłbym wiedzieć o koncepcjach metodycznych Eigera i jak można w tych warunkach twierdzić, że moja publikacja zjawiła się dopiero w rok po ukazaniu się w druku doniesienia Eigera, co właśnie prof. Eiger czyni wbrew oczywistym faktom. Nie ulega więc wątpliwości, że myśli mojego wykładu wstępnego były wypowiedziane zupełnie niezależnie od poglądów Eigera w tej sprawie.

Fakt zaś zajmowania się przeze mnie zagadnieniem wydzielania wewnętrznego w sposób, jakiemu dałem wyraz w wykładzie wstępnym z 1916 roku, powinien być najzupełniej zrozumiały dla polskich pracowników naukowych, a więc i dla prof. Eigera, choćby ze względu na to, że mnie, jako ucznia znanej szkoły Popielskiego, która niemal wyłącznie opracowywała zagadnienie fizjologicznego działania wyciągów z narządów i kwestję hormonów, te właśnie tak w owych czasach sporne sprawy musiały w najwyższym stopniu interesować i niepokoić. Okoliczności te są bardzo wyraźnie zaznaczone w treści mojego wykładu, opartego na krytycznem ujęciu prac Popielskiego i jego wielu uczniów.

Oprócz tego muszę zaznaczyć, że myśli moich, związanych z temi problemami i poruszanych w moim wykładzie wstępnym, nie ukrywałem nawet w rozmowach, jakie na ten temat prowadziliśmy z prof. Eigerem podczas ostatniego, na kilka miesięcy przed wybuchem wojny światowej, widzenia się z nim we Lwowie, a więc przed jego wyjazdem do Szwajcarji i mojem przeniesieniem się do Warszawy.

Zdecydowałem się odpowiedzieć publicznie na oświadczenie prof. Eigera, wprowadzone do protokółu już po zamknięciu zjazdu, jedynie w celu dokładnego ustalenia faktów, a nie celem procesowania się o prawo pierwszeństwa. Metoda bowiem, o którą prof. Eigerowi chodzi, jest dzisiaj, po 16 latach już tylko jednym z normalnych etapów rozwoju myśli badawczej i nie może być uważana za coś tak ważnego i przełomowego, z czem związane jest na stałe nazwisko danego uczonego. Z tych też względów uważam odpowiedź moją, jako całkowicie wyczerpującą i zamykającą tę sprawę z mej strony.

Warszawa, dnia 12 lutego 1932 r.

Fr. Czubalski.

W sprawie oświadczenia prof. Czubalskiego.

Kol. B. Gutowski, ówczesny asystent Zakładu Fizjologji U. W. ogłosił doniesienie tymczasowe p. t. „Nowy sposób otrzymywania ciał czynnych z poszczególnych narządów" (Pol. Gaz. Lek. Nr. 26, 1923, str. 467). Gutowski pisze co następuje: „Wśród polskich badaczów Czubalski pierwszy zwrócił uwagę na braki stosowanych powszechnie metod dla otrzymywania wyciągów z tkanek i wskazał drogi, po których należy dążyć w poszukiwaniu ciał czynnych, zaznaczając w swym wstępnym wykładzie (11 listopada 1916 r.) p. t. „Wyciągi z narządów, a wydzielanie wewnętrzne", że normalnych produktów przemiany materji w danym narządzie, przedostających się w zwykłych warunkach jako ciała swoiste do krwi i odgrywających w ustroju rolę t. zw. hormonów, należy szukać inaczej, w sposób możliwie zbliżony do rzeczywistości, a mianowicie przez dłużej trwające przepłukiwanie badanego narządu płynami odżywczemi z zachowaniem warunków ciepłoty i utleniania i poszukiwanie w tych płynach swoistych produktów przemiany materji. Badanie Eigera nad gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem, oparte są właśnie na tych podstawach. *(Zentr. f. Phys.* T. 32, str. 64, 1918 r.). Metodyka Weilanda, dalej Le Heux'a, Beckmann'a, t. zw. biodializy narządów, aczkolwiek również idzie w tym kierunku, nie uwzględnia jeszcze wielu momentów fizjologicznych, naszem zdaniem, ważnych, jak np. pozostawianie krwi w narządzie".

A) Stwierdzam przeto, że: 1) nazwisko moje jest umieszczone bezpośrednio po nazwisku prof. Czubalskiego i po wzmiance, że wśród polskich badaczów Czubalski pierwszy zwrócił uwagę i t. d. i że nazwiska autorów obcych umieszczone są po mojem nazwisku, że przeto czytelnik może wysnuć wniosek, że badania Eigera oparte są właśnie na podstawach i drogach, zaznaczonych przez Czubalskiego w jego wstępnym wykładzie (11 listopada 1916 r.), oraz, że 2) nie ma racji kol. Gutowski pisząc, że wśród polskich badaczów Czubalski pierwszy zwrócił uwagę etc. i wskazał drogi i t. d., gdyż wśród badaczów polskich pierwszy, który wskazał najwłaściwszą drogę szukania hormonów, był powszechnie znany ogółowi czytelników, nauczyciel mój i prof. Czubalskiego, ś. p. Napoleon Cybulski, który dowiódł obecności adrenaliny właśnie nie w przeróżnych wyciągach i t. zw. „biodializatach", mogących zawierać wszak, zgodnie ze słusznemi uwagami ś. p. Popielskiego, nietylko produkty rozpadu komórek i tkanek oraz silnie działające aminy, nietylko ślady krwi, ale i bakterje i ich toksyny, drożdże i pleśnie oraz produkty ich życia, w żadnej bowiem z przytoczonych przez prof. Czubalskiego w jego doświadczeniu pracy jego asystentów, które prof. Czubalski przytacza bez dat, nie znalazłem doświadczeń kontrolnych, stwierdzających rzeczywiście, że narządy względnie ich części, używane przy metodzie, stosowanej w zakładzie fizjologji U. W., nie zawierają śladów krwi i że są jałowe, zwłaszcza np. wyrostek robaczkowy, z którego otrzymuje t. zw. biodializat kol. Walawski w pracy p. t. „O humoralnem hamowaniu wydzielania soku żołądkowego" jeszcze w roku 1930 (wpłynęło w lutym 1929 roku) (Medycyna Dośw. i Społ., tom XI, 1930, str. 351).

B) Krytyczne uwagi ś. p. Popielskiego, znajdujące się w szeregu jego prac o wazodylatynie i o ciałach hipertenzyjnych, odżyły obecnie z całą siłą w dziedzinie hormonologji z powodu prac o t. zw. substancji końcowej nerwu błędnego *(Vagus - Endsubstanz)* oraz t. zw. substancji końcowej nerwu współczulnego *(Sympaticus-Endsubstanz).* Zasługi przeto ś. p. Popielskiego w tej dziedzinie (o czem pozwolę sobie zwrócić uwagę czytelników w pracy zgłoszonej już na Zjazd Przeciwrakowy tegoroczny w Łodzi), wysuwają go na czoło polskich fizjologów i eksperymentatorów, który to badacz przed Czubalskim wszak „zwrócił już uwagę na braki stosowanych metod etc.". Nie ma przeto racji kol. Gutowski z punktu widzenia historycznego, ani też z tego samego powodu prof. Czubalski, z którego zakładu praca ta wyszła. Kto zaś po ś. p. Cybulskim i po ś. p. Popielskim oraz po Mańkowskim zkolei zajmie miejsce, o tem decydować może tylko bezstronny krytyk i historyk fizjologji oraz medycyny doświadczalnej polskiej, nie zaś strona polemizująca.

C) Co do pierwszeństwa publikacji (prof. Czubalski pisze: „Biorąc pod uwagę, że najwcześniejsza publikacja Eigera, dotycząca omawianych zagadnień, zjawiła się dopiero 15 kwietnia 1917 roku (Z. f. *Ph.* T. XXXII, Nr. 2)" etc.

Stwierdzam, że prof. Czubalski nie sprawdził należycie stanu rzeczy: 1) W cytowanej przez prof. Czubalskiego pracy mojej opuszcza Czubalski odsyłacz z roku 1915, na który to odsyłacz specjalną uwagę zwraca (str. 258) ś. p. prof. Popielski w pracy swojej *„Ueber die sekretische Innervation der Nebennieren" (Kritische Bemerkungen über die Arbeiten von: Asher, Elliott, Cannon und de la Paz, Anrep, Tscheboksareff, Kahn und Eiger) (Arch. Pflüger'a* T. 170, 1918, str. 245—259). Umieszczenie mego nazwiska w podtytule i brak nazwiska Czubalskiego świadczy, że „interpretacja" dokonana przez prof. Czubalskiego sensu artykułu Popielskiego nie jest taką, jakąby pragnął widzieć prof. Czubalski. Ś. p. Popielski pisze dosłownie: *„Es ist bemerkenswert, dass beinahe wörtlich denselben Gedanken Dozent Dr. Czubalski* (Gazeta Lekar-

ska 1917, Nr. 1, p. 7, 8) *in seiner Antrittsvorlesung; — Czubalski teilt in seiner Antrittvorlesung den Zuhören folgende irrtümliche Nachrichten mit: beta-Imid. entspricht chemisch und pharmakologisch dem Ergotoxin von Dale, dem wirksamem Körper des Secale cornutum* (S. 6); 2. *Edkins, Tweedy, Tomaszewski stellten sehr starke Magen - Saftsekretion nach intravenöser und sogar subkutaner Injektion der Magenextrakte fest. In Wirklichkeit ergibt intravenöse Injektion fast keine Sekretion, subkutane dagegen eine sehr starke*". (str. 257—258).

Ś. p. Popielski był zbyt ścisłym i ostrożnym krytykiem, ażeby nie zwrócić uwagi na pracę moją p. t. „*Der Einfluss des Nervus vagus auf die Glykogenbildung in der Leber und eine neue Methode zur Untersuchung des Leberstoffwechsels in seiner Abhängigkeit vom Nervensystem*" i której nie sprawdził prof. Czubalski, pomimo, że znaleźć ją można w tem samem czasopiśmie, które przytacza, mianowicie w *Zentralblatt f. Physiologie*, B. XXX, Nr. 11, którą redakcja otrzymała dnia 30 sierpnia 1915 roku. W pracy tej jest właśnie użyta metoda do otrzymania z izolowanego narządu wewnętrznej wydzieliny wątroby, mianowicie glikogenu pod wpływem drażnienia nerwu błędnego zapomocą metody chemicznej ilościowej, a modyfikacja moja jest wszak tylko modyfikacją metody, zastosowanej i poznanej przeze mnie u Cybulskiego, z jego prac nad adrenaliną oraz pracy Cytowicza, który podczas mojej asystentury w Krakowie badał krew z żył odchodzących od całego szeregu narządów oraz całego szeregu prac autorów, którzy oparli się na myślach i metodyce Klaudjusza Bernarda.

2) Nie sprawdził wreszcie prof. Czubalski prac moich p. t. „*Experimentelle Studien über die Schilddrüse*" Nr. 1. *Der biologische Nachweis der inneren Sekretion der Schilddrüse im Blute der mit Schilddrüsenextrakten gefütterten weissen Ratten*", Nr. 2. *Der biologische Nachweis der inneren Sekretion der Schilddrüse im Blute der Schilddrüsenvene sowie auch in der Blutbahn der Basedow - Kranken*" (*Zeitschrift f. Biologie*, Band 67, 1917). W pracach tych przytoczone są w tekście protokóły doświadczeń z datami wytłoczonemi tłustemi czcionkami lat 1914 i 1915. A w pracy z tego cyklu oznaczonej Nr. 3 — powiadam wyraźnie: „*Da ich aber während dieser Untersuchungen eine neue Methode erfunden habe, die mir erlaubt, das wirksame Prinzip der Schilddrüse, welches kein Eiweiss, kein Jod und kein Cholin enthält, zu erhalten*, (conf. późniejsze prace Romeis'a) *so habe ich von den Untersuchungen mit den Schilddrüsenpräparaten und Schilddrüsenpressäften vollständig Abstand genommem. Die Resultate, die ich mit dem Schilddrüsensekrete, welches nach meinem neuen Prinzipe erhalten wurde, bekommen habe, werden demnächst veröffentlicht werden*". O pracach tych ostatnich wspominam w pracy mojej polskiej p. t. „Rola narządów w powstawaniu własności odpornościowych krwi" (Lekarz Wojskowy Nr. 34, 1921), w której badając *in situ* krew narządów uodpornionych królików, daję odpowiedź na pytanie, czy i jakie narządy wewnętrznego wydzielania oraz w jakim stopniu biorą udział w wytwarzaniu przeciwciał, badając bezpośrednio krew żylną, odpływającą od tych narządów. Na fakt, że modyfikacje moje, względnie postępowanie *Neues Verfahren* etc., mogą zawierać coś nowego, świadczy chociażby praca G. L. Schkawery (*Handbuch der Biol. Arbeitsmethoden*, Abderhaldena. Abt. V, T. 3, B. H. 5), gdzie autor, cytując w tekście wstępnym nazwisko moje i pracę moją chronologicznie najwcześniejszą, uważa za właściwe bardziej szczegółowo opracować metodykę izolowania gruczołów wkrewnych w pracowni słynnego farmakologa Krawkowa i podaje cenne pod względem wiwisekcyjnym wizerunki. Przykładów takich przytoczyćbym mógł niejeden.

3) Prof. Czubalski pisze: „Po zbadaniu obecnie przeze mnie całej tej sprawy okazało się, że *Hauptpatent* i t. zw. *Patentschrift* Nr. 72.887 wydany jest na nazwisko dwóch osób, a mianowicie prof. Bürgi i Dr. Eigera na skutek ich prośby z dnia 15 października 1915 r.". A więc stwierdza datę roku 1915, o rok wcześniejszą przeto, niż data odczytu prof. Czubalskiego, i gdyby prof. Czubalski o dzień później zwrócił się do szwajcarskiej instytucji „*Schweizerisches Amt für Geistiges Eigentum*" z podobnym projektem, to odmówionoby mu przyjęcia, pokazując mu wcześniejszy dokument, obowiązujący, z którego każdy zjawiający się do tej instytucji może dowolnie korzystać celem sprawdzenia, względnie poznania treści wcześniej zgłoszonych metodyk. W dokumencie, który posiadam od prof. Bürgi'ego, kierownika pracowni chemji fizjologicznej i farmakologji, datowanym z dnia 6 października 1915 roku i którego prof. Czubalski nie mógł sprawdzić, bo w całej tej sprawie, niestety, nie zwracał się bezpośrednio do mnie, napisane jest w sprawie tyczącej się kwestji p. t. „*Neues Verfahren zur Herstellung und Isolierung der natürlichen Produkte der inneren Sekretion der lebenden und überlebenden Drüsen und Organe der Wirbeltiere auf natürlichem Wege*": „*Das Verfahren wie auch alle Produkte, die mittelst dieses Verfahrens aus den Drüsen und Organen als neue zu bekommen sind, sind das Eigentum des Herrn Dr. Maryan Eiger* etc.".

4) W tymże czasokresie otrzymałem list od ś. p. Cybulskiego, że czyni starania, ażeby w nowoutworzonym uniwersytecie warszawskim katedrę fizjologji powierzono mnie i w tym celu przedstawia mnie *primo loco* na kandydata. Otrzymawszy pismo ś. p. Cybulskiego, zawiadomiłem go o wynikach moich prac, otrzymanych zapomocą mojej metody z gruczołów wkrewnych, z których dotychczas nie udało się otrzymać swoistych wydzielin i wstrzymałem drukowanie prac moich dlatego tylko, że pragnąłem, ażeby prace te pojawiły się już z Warszawy, względnie z własnego polskiego warsztatu pracy. Skorzystałem wówczas z rady bardziej życiowo doświadczonych ode mnie kolegów, którzy zabezpieczyć mnie pragnęli od podobnych incydentów, jakie stworzył — mojem zdaniem zupełnie niepotrzebnie — kol. Gutowski, zestawiając daty odczytu prof. Czubalskiego i jednej z prac moich, pomimo, że przecież ani ś. p. Popielski, ani ja zwłaszcza w Bernie (podczas okupacji niemieckiej, nie pozwalającej na żadną łączność pomiędzy Szwajcarją a okupowanemi terenami) — nie mogliśmy słyszeć odczytu prof. Czubalskiego w r. 1916, a mogliśmy najwyżej poznać treść jego z druku w Gazecie Lekarskiej w roku 1917.

5) Prostując wzmiankę kol. Gutowskiego w pracy jego o biodializatach, stwierdziłem niezależność metody jego oraz metody jego, stosowanej w Zakładzie Fizjologji U. W. jeszcze w roku 1930 (1931), głównie dlatego, że w pracy mojej p. t. „*Zur experimentellen Methodik der Untersuchung der vollständig isolierten, überlebenden Drüsen und Organe*" (*Zentralblatt f. Physiol.* Band XXXIII, Nr. 5—6), oznaczonej przez redakcję datą 4 lipca 1918, a więc na 5 lat przed pierwszem doniesieniem kol. Gutowskiego (1923), podaję wyraźnie punkt wyjścia metody przeze mnie stosowanej w sposób następujący: „*In Nr. 2 und 5, Band* **XXXII**, *dieses Zentralblattes habe ich eine Methode beschrieben, welche erlaubt, von allen Drüsen, Organen und Gebilden die Produkte der inneren Ausscheidung beziehungsweise Sekretion in weiterem Sinne dieses Wortes zu erhalten. Den Ausgangspunkt dieser Methode bildeten auch die bekannten physiologischen Versuche mit isolierten überlebenden Warmblüterherzen nach Langendorff u. a. Wenn ein isoliertes, frisch aus dem Tiere lege artis ausgeschnittenes Herz stundenlang in solchen Versuche noch sich zu kontrahieren befähigt ist, also fast normal funktionieren kann, so lag es nahe, dass, wenn man eine Drüse oder ein anderes Organ beziehungsweise Gebilde unter dieselben Verhältnisse bringt (Durchblutungs - beziehungsweise Ernährungsflüssigkeit mit Zucker und Sauerstoff), die betreffende Drüse oder das betreffende Organ auch eine gewisse kurze Zeit weiter funktionieren wird. Die Versuche von Rohde*[1] ([1]) *E. Rohde, Stoffwechseluntersuchungen am Warmblüterherzen. Habilitationsschrift, 1910, Strassburg*) *zeigen, dass beim Stoffwechsel in dem funktionierenden überlebenden Herzen „wir hier eine Fortsetzung des normales Stoffwechsels vor uns haben". Bekanntlich verdanken wir die ersten Erfahrungen über die Durchströmungsversuche an frisch ausgeschnittenen Tierorganen Bidder, Schmidt und Ludwig". „Es ist selbstverständlich, dass nur solche Resultate, welche an lebendigen normalen Tieren kontrolliert worden sind, in Betracht gezogen werden; so besitze ich bereits eine Reihe von Ergebnissen mit Versuchen am Venenblute der Drüsen der lebendigen normalen und erkrankten Tiere in Bezug auf seinen Gehalt an Abwehrstoffen u. s. w.*" (patrz pracę moją wyżej wspomnianą p. t. „Rola narządów w powstawaniu własności odpornościowych krwi" Lekarz Wojskowy Nr. 34, 1921.

6) Prof. Czubalski nazywa metodę, zastosowaną przez Gutowskiego i używaną stale w jego zakładzie bardzo dobrą i owocną. Aczkolwiek w sprostowaniu mojem nie poruszałem umyślnie istoty tej metody (t. zw. biodializatów), to ośmielę się i pod tym względem nie zgodzić się ani z prof. Czubalskim, ani z kol. Gutowskim, gdyż biodializaty te z równem prawem można byłoby nazwać n e k r o b i o d i a l i z a t a m i i wogóle nie dializatami w ścisłem znaczeniu tego słowa, lecz złożoną pod względem chemicznym mieszaniną najrozmaitszych soli i produktów rozpadu komórek i tkanek, że użyjemy tu ponownie słów ś. p. Popielskiego, oraz nawet toksyn i ciał obcych ustrojowi, wywołanych życiem bakteryj, drożdży i pleśni w niedających się wyjaśnić narządach (wyrostek robaczkowy), przy metodyce stosowanej przez Gutowskiego oraz w zakładzie fizjologji prof. Czubalskiego. Trzy bowiem warunki zasadnicze określone zostały już przez Gley'a (patrz podręcznik(!) *Traité de Physiologie normal. et pathol.* Roger'a, 1928, str. 8), mianowicie: „*1. Les cellules de l'organe doivent offrir les caractéres d'eléments glandulaires orientés par rapport aux vaisseaux efférents de l'organe;*

2. Il faut que dans ces cellules et dans le sang veineux ou la lymphe qui sort de l'organe, on puisse caractériser chimiquement une substance spécifique;

3. Le sang veineux de l'organe doit posséder les propriétés chimiques ou physiologiques spéciales de cette substance".

Gdy w r. 1902 Bayliss i Starling „odkryli humoralny mechanizm wydzieliny zewnętrznej trzustki pod wpływem sekretyny, powstającej w jelicie", to jako dowód musiały być przytoczone następujące dwa kardynalne i obowiązujące każdego endokrynologa fakty: 1) Obecność sekretyny (hormon Starlinga 1905) we krwi odpływającej od jelita cienkiego i 2) przejście jej do lewego serca, które doprowadza sekretynę do trzustki.

Żadnemu z tych kardynalnych warunków nie odpowiada metoda biodializatów Gutowskiego stosowana do tej pory w zakładzie prof. Czubalskiego. W pracy swojej kol. Gutowski nie korzysta z odczynów chemicznych jakościowych, pozwalających wykazać obecność adrenaliny, których spis każdy czytelnik z łatwością znaleźć może w podręczniku Biedl'a oraz w innych podręcznikach i które datują się od r. 1856, gdy Wulpian otrzymał zielone zabarwienie na powierzchni nadnercza pod wpływem chlorku żelazowego i mimo to pisze „że w zwojach współczulnych znajduje się adrenalina lub ciało do niej pokrewne" (Med. Dośw. i Społ. T. 1. str. 231. 1923).

7) Jeżeli przeto nie mogę się zgodzić z kol. Gutowskim, że: „Śród polskich badaczów Czubalski pierwszy zwrócił uwagę na braki stosowanych powszechnie metod dla otrzymania wyciągów i wskazał drogi, po których należy dążyć w poszukiwaniu ciał czynnych", to czynię to w imię ścisłości historycznej, że pierwszy śród polskich badaczy, który rzeczywiście wskazał właściwe drogi, był ś. p. Napoleon Cybulski, który odkrywszy we krwi żyły odchodzącej od nadnercza (nie zaś w wyciągu lub biodializacie, który jest również tylko wyciągiem swego rodzaju), niezwłocznie zwrócił się do kolegi swego chemika, ś. p. Bądzyńskiego, ażeby, jak wiemy bezpośrednio z ust ś. p. Cybulskiego, wspólnie przeprowadzić odpowiednie chemiczne badania, których niestety ś. p. Bądzyński nie mógł dokonać z powodu przedłużającej się choroby. Dlatego też, jako uczeń ś. p. Cybulskiego, na którego pracach i myślach oparłem moje prace z dziedziny endokrynologji, z przyjemnością przytaczam słowa obcokrajowca J. E. Abelous'a z tego samego podręcznika, który w następujący sposób stwierdza po wieczne czasy zasługi ś. p. Cybulskiego: *„Le point de départ de cette évolution a été la découverte faite, en 1895, par Oliver et Schäfer de l'action de l'extrait surrénal sur la pression artérielle, suivie des travaux de Cybulski et de Langlois sur l'action de même nature execcée par le sang(!) veineux surrénal. Tous ces travaux aboutirent à la découverte de l'adrenaline due aux récherches d'Abel, d'Aldrich et de Takamine (1901)".*

Marjan Eiger.

P. S. Nie mogę, ze względu na brak miejsca, obok tekstów niemieckich i francuskich — umieścić jednocześnie ich tłumaczenia na język polski. Czytelnik, interesujący się tą sprawą, znajdzie jednakże obok tych cytat w językach obcych, tłumaczenie polskie w jednej z prac, którą w najbliższej przyszłości poświęcę tematowi z dziedziny nauki o wewnętrznem wydzielaniu.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Arteriographie des membres et de l'aorte abdominale, par Reynaldo dos Santos, *professeur à la Faculté de médecine de Lisbonne, chirurgien des Hôpitaux,* A. C. Lamas, *chirurgien des hôpitaux de Lisbonne et* J. P. Caldas, *radiologue des hôpitaux de Lisbonne. Z przedmową prof. René Leriche (192 stronic i 54 klisz radjoskop.). Paryż, Masson et Cie.*

Jak powiada w przedmowie prof. Leriche, jest to książka, która wskazuje nam nowe horyzonty i daje metodę, zdolną wywrócić niektóre nasze wiadomości. Arterjografja jest metodą, która polega na uwidocznieniu krążenia tętniczego w kończynach, czaszce i jamie brzusznej. Zapoczątkowana przez Sicarda i Forestiera we Francji, a w Niemczech przez Berbericha i Hirscha niemal równocześnie (r. 1923), rozwinięta w r. 1927 przez Egasa Moniz jako arterjografja cerebralna, została ta metoda wydoskonalona i technika szczegółowo opracowana przez autorów niniejszej książki. W roku 1930 rozpoczęli autorowie systematyczne wykonywania aortografji, t. zn. wstrzykiwali wprost do aorty brzusznej płyn dający cień na płycie rentgenowskiej i wykonali w ten sposób 300 badań, których dużą część podają w niniejszej książce. Technika, wypracowana do najdrobniejszych szczegółów, jest dość prosta, a opiera się ona na fakcie stwierdzonym przez autorów, że nakłucie tętnicy czy aorty jest zupełnie nieszkodliwe i nie pociągnęło za sobą ani razu żadnych szkodliwych następstw. Płyn używany do wstrzykiwań to albo jodek sodu 100%, albo w nowszych czasach, *uroselectan i abrodil.* Ilość płynu wynosi 15 do 25 cm^3 pod pewnem zgóry nastawionem ciśnieniem w pompce skonstruowanej przez firmę Gentile w Paryżu. Zastrzyki te są bolesne i wymagają ogólnego lub miejscowego znieczulenia. Zdjęcia radjoskopijne należy wykonywać podczas wlewania płynu kontrastowego. Wyniki tych badań są wprost olśniewające, nieraz zupełnie nieoczekiwane i okazując rozgałęzienia sieci naczyniowej danego narządu, dają obraz nietylko jego ukrwienia, ale i wielkości, wydolności czynnościowej, wyraźne kontury ognisk chorobowych, oraz przemieszczenia, względnie nieprawidłowe ułożenie narządów.

W ten sposób zbadali autorowie ogromną ilość wypadków zgorzeli kończyn względnie asfiksji, tętniaków tętniczych i tętniczożylnych, *osteomyelitis i osteo-arthritis,* gruźlicy kostnej, guzów kostnych i części miękkich. Zapomocą aortografji zbadali 300 przypadków i stwierdzili stosunki normalne i nieprawidłowe aorty brzusznej, tętnic biodrowych i guzów miednicy oraz cienie narządów jamy brzusznej i charakter krążenia trzewiowego. W zakresie tętnic biodrowych stwierdzili między innemi rozszerzenia miażdżycowe, tętniaki, uciśnięcia i zarośnięcia zupełnie niespodziane i nie dające się wykryć innemi sposobami badania. Tętnice zaopatrujące narządy brzuszne jak wątrobowa, nerkowa i śledzionowa okazują liczne odmiany, pozwalające na wyciągnięcie pewnych wniosków (np. zwiększenie wskazuje na przerost, zmniejszenie na zanik, a brak na nieobecność conajmniej czynności danego narządu). Interesujące są szczególnie zdjęcia wodonerczy powstałych skutkiem nieprawidłowego przebiegu tętnic nerkowych i t. d.

Książka była już w druku, gdy pojawił się nowy środek kontrastowy *thorotrast,* preparat torowy (firma Heyden w Dreźnie), który okazał się równie odpowiedni jak dotychczasowe, a przewyższa je tą zaletą, że jest niebolesny, można zatem obejść się bez narkozy względnie znieczulenia. Autorowie zastosowali i stosują obecnie ten preparat i zachwalają doskonałe wyniki, jakie w ten sposób otrzymali. Jest to dalszy bardzo znaczny postęp arterjografji, metody, która ma wielką przyszłość przed sobą, jakkolwiek obecnie jeszcze wydaje się nieco ryzykowną.

Książka wydana przez znaną firmę Masson wprost luksusowo; 54 przepięknych plansz z zdjęciami radjograficznemi zdobi tą niepospolitą i interesującą pracę.

Raff (Lwów).

Dr. K. Karelus: *Zawodowe choroby oczu. Kraków, 1932. (Bibl. Okręg. Związku Kas Chorych. „Lekarz Praktyk").*

Słusznie zaznacza autor w wstępie, że „zwalczanie nowych schorzeń powstałych na tle udoskonaleń technicznych może się odbywać z powodzeniem tylko wówczas, jeżeli obok dokładnego poznania stanie się uchwytnym początek ich powstania". Temu celowi ma służyć właśnie broszurka, która stara się czytelnika zaznajomić z nowemi pojęciami choroby zawodowej w dziale schorzeń ocznych.

Ugrupowanie zawodowych chorób ocznych przeprowadza autor podług rodzaju szkodliwości, działających na oko. Mamy więc tu grupę: I. obejmującą wpływ szkodliwy: 1) powietrza, 2) energji promienistej (światło, ciepło), 3) elektryczności i 4) radu i promieni Roentgena.

II. grupa obejmuje schorzenia wywołane: 1) zakażeniem, 2) truciznami zwierzęcemi i roślinnemi, 3) zatruciem związkami organicznemi i nieorganicznemi.

III. grupa obejmuje zmiany refrakcji i zmiany w układzie mięśni ocznych.

IV. grupa obejmuje urazy oczne, znamienne dla poszczególnych zawodów.

Broszurka o 26 stronicach stanowi dobry szkic orjentacyjny dla zapoznania się z tym tematem i jako pierwsza w piśmiennictwie polskiem publikacja w tym kierunku zasługuje na uznanie i rozpowszechnienie.

W. Reis (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Polski, rok VIII, Nr. 3, z 1 marca 1932: J. Brzoza: Nierówna miara. — W. Chodźko: Aktualne zagadnienie medycyny publicznej na terenie międzynarodowym (dok.). — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — J. Brzoza: Zagadnienia ustrojowe. — H. Kłuszyński: Znaczenie lecznictwa zdrojowego ze szczególnem uwzględnieniem źródeł jodowych w Iwoniczu. — H. Niedzielski: Reorganizacja lecznictwa Kasy Chorych m. Warszawy na terenie Pragi w świetle faktów i cyfr (c. d.). — W. Przywieczerski i M. Heyman: Stan

szpitalnictwa na terenie zaboru rosyjskiego na tle przesilenia gospodarczego. — K. Koronkiewicz: Kodeks deontologji lekarskiej.

Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, rok III, nr. 3, z 1 marca 1932: Z Naczelnej Izby Lekarskiej. — Z Izb lekarskich terytorjalnych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 10, z 10 marca 1932: M. Blassberg: O przestrajającej diecie kwasowej i zasadowej. — B. Karbowski: Uwagi w sprawie leczenia nowotworów przysadki mózgu radem (c. d.). — H. Szpidbaum: O ciśnieniu średniem. (Streszczenie pogl.). — K. Kosiński i J. Podwiński: Krytyka projektu deontologji lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej. — W. Borkowski: Wytyczne propagandy przeciwwenerycznej.

Przegląd Dentystyczny, rok XII, nr. 2, za luty 1932: J. Hrynkiewiczowa: Wpływ ergosteryny naświetlanej na budowę kośćca i strukturę zębów. — J. Jarząb: Metody leczenia korzeni oraz ich bakterjologiczna i biologiczna ocena.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny oraz Historji nauk przyrodniczych, tom XI, zeszyt I—II, z roku 1931: Zeszyt poświęcony pamięci ś. p. Dra Stanisława Trzebińskiego, profesora historji i filozofji medycyny w Uniw. St. Batorego w Wilnie. — Ks. E. Majkowski: Dalsze nieznane szczegóły z życia Józefa Struśka lekarza poznańskiego XVI. wieku. — W. Ziembicki: Zdrowie i niezdrowie Jana Sobieskiego (c. d.). — Z. Skibiński: Jan Chrzciciel Stummer jako profesor anatomji w Uniw. Jagiellońskim. — T. Wiśniowski: Tomasz Zan geologiem na Litwie. — J. Tur: Regnerus de Graaf. — K. Wize: Zakres filozofji medycyny. — August Becu: Autobiografja. — K. Choński: Projekt organizacji pomocy lekarskiej w dobrach Księcia Sayn Wittgenstein Berleburg. — Józef Szczapiński: Ważniejsze wypadki życia mojego. — Listy Teofila Mateckiego do żony i Augusta Cieszkowskiego. — K. Sławiński: Zabiegi o pozyskanie żubrów dla Muzeum zoologicznego dawnego Uniwersytetu Wileńskiego. — Z. Sowiński: Rzut historyczny na powstanie i działalność „Związku Polskiego Lekarzy i Przyrodników w Petersburgu". — B. Świętłow: Kartka z historji psychjatrji. — J. Talko-Hryncewicz: Przyczynek do biografji Izydora Kopernickiego. — J. Mioduszewski: Podlekarz Szymon Kozłowski. — A. Czajkowski: Druki lekarskie z XVI, XVII i XVIII wieku, znajdujące się w bibljotece Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Medycyna, nr. 5 z 7 marca 1932: L. Kwazebart: O wpływie wstrzykiwań zawiesiny siarki na zapalenie rzeżączkowe stawów. — E. Tippelt: Przypadek odosobnionego ziarniaka złośliwego żołądka. — S. Hirszberg: Istota i wartość rozpoznawcza w kile odczynów d'Amato i Gouin'a. — Z. Dobrowolski: W sprawie leczenia ostrych zapaleń gardła. — Mierczyński: Operacja wytwórcza po wycięciu raka wargi dolnej.

Nowiny Lekarskie, rok. XLIV, nr. 5, z 1 marca 1932: A. Czyżewski: Lekarz praktyk wobec nowych kierunków postępowania w położnictwie. — A. Hundtowa: Pląsawica w wieku dziecięcym. — A. B. Henke: Przypadek fibromyoma jajnika.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych, rok VII, nr. 1—2, za styczeń—luty 1932: E. Giebartowski: Ubezpieczenia społeczne w Anglji. — K. Dagnan: Przyczyny, zadania i stan obecny reorganizacji Kas Chorych w Polsce. — St. Fischlowitz: Pięćdziesięciolecie niemieckich ubezpieczeń społecznych.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 11, z 13 marca 1932: M. Gatty-Kostyal i P. Derlatka: *Extractum secalis cornuti* (dok.). — Sprawy zawodowe.

Czasopismo Sądowo - Lekarskie: A. Czyżewicz: Późne następstwa poronień. — W. Gilels: Przypadek kombinowanego zamachu samobójczego. — W. Grzywo-Dąbrowski: Materjały do statystyki samobójstw w miastach, miasteczkach i wsiach warszawskiego Okręgu Apelacyjnego. — T. A. Szarbe: Przypadek torbieli trzustki.

Zdrowie, rok XLVII, nr. 3—4, z 15 lutego 1932: B. Jakimiak: Nowa ustawa szpitalna a organizacja zarządu szpitali. — M. Boguszewska i B. Nowakowski: Niebezpieczeństwo żelazo-krzemu w świetle ankiety Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej. — W. Borkowski: Walka z nierządem. — H. Siemieńska: Współczesne metody walki z nierządem. — L. Bier: Czy i w jakim kierunku potrzebna jest reorganizacja dozoru nad żywnością w Polsce? — W. Mężyska: Metodyka propagandy higjeny dziecka. — Cz. Karwowski: Kilka uwag na podstawie statystyki lecznictwa Kasy Chorych w Białymstoku.

Wiadomości Kas Chorych, rok III, nr. 4, z 1 marca 1932: Dział urzędowy: Doświadczenia lecznictwa kasowego. — Zagadnienia organizacji lecznictwa. — Ubezpieczenia społeczne zagranicą. — Medycyna Społeczna. — Z zagadnień ustawodawstwa ubezpieczeniowego. — Higjena pracy i choroby zawodowe.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.
Archives of Internal Medicine.

7, 6. Czerwiec, 1931.

J. B. Carey: *Niedokrwistość złośliwa ze śmiertelnym przebiegiem w czasie leczenia wątrobą.* Autor opisuje trzy przypadki niedokrwistości złośliwej, w których przeprowadzono leczenie wątrobą. Autor nie zamierza wyciągać z tego faktu żadnych dalekoidących wniosków, wskazuje tylko na okoliczność, że leczenie wątrobą nie posiada wpływu na ostateczny przebieg niedokrwistości złośliwej. W początkach tego schorzenia przetwory wątrobowe mogą bezwzględnie wstrzymać rozwój choroby. Nie należy zapominać, że brak kwasu żołądkowego i zmiany rdzeniowe są istotnemi częściami zespołu, i że te zmiany nie oddziaływują na wpływ wątroby. W pewnych przypadkach jasnem jest, że śmierć następuje, jako wynik postępowania choroby rdzenia, pomimo względnie zadawalniającego obrazu krwi.

J. Heimbeck: *Zakażenie gruźlicze.* (Próba zapobiegania powstaniu gruźlicy przez podskórne wstrzykiwanie B. C. G.).

Zakażenie gruźlicze objawia się w mniejszości przypadków u osobników w okresie dzieciństwa (pierwszy okres zakażenia), natomiast w większości przypadków w okresie starszym (drugi okres). Gruźlica jest naogół bezpośrednim wynikiem świeżo nabytego zakażenia. Zakażenie, które utrzymując się w ustroju, nie rozwija swej złośliwości, nietylko nie jest dla ustroju niebezpieczne, lecz przeciwnie, wzmaga jego odporność przeciw świeżym zakażeniom. Odczyn Pirqueta u zdrowego osobnika jest objawem uodpornienia. Szczepienie podskórne B. C. G. jest zabiegiem bezpiecznym, wytwarza uodpornienie ustroju, często połączone z alergją. Uodpornienie jest równoznaczne z dobrotliwem zakażeniem gruźliczem, prawdopodobnie nie jest jednak trwałe. Uodpornienie trwa od 1—4 lat po szczepieniu. U osób, żyjących w środowisku gruźliczem i wykazujących ujemny odczyn Pirqueta, podskórne szczepienie B. C. G. jest najlepszym środkiem zapobiegawczym przed gruźlicą.

J. Meyer i D. Rosenberg: *Pierwotny rak dwunastnicy.* Autorzy opisują cztery przypadki pierwotnego raka dwunastnicy. Kładą nacisk na trudności klinicznego rozpoznania oraz na konieczność szczegółowego badania tak klinicznego i jak i histologicznego we wszystkich przypadkach zwężenia światła dwunastnicy. Krytyczny rozbiór może wykazać częstsze występywanie pierwotnych raków dwunastnicy.

C. de La Chapelle i J. Graef: *Ostre, samoistne zapalenie mięśnia sercowego.* Opisany jest przypadek ostrego zapalenia mięśnia sercowego o nieznanej zupełnie etjologji. Badanie pośmiertne nie przemawiało za uszkodzeniem gośćcowem. Zachodzi możliwość utajonego, nieznanego zakażenia. Elektrokardjogram wykazywał ciężkie uszkodzenie przewodnictwa.

W. Dameshek: *Występywanie histiocytów we krwi obwodowej.* Histiocyt jest tak histologicznie i czynnościowo charakterystyczny, że jego obecność we krwi obwodowej można łatwo odkryć. Występywanie histiocytów połączone jest zwykle ze wzrostem ilości monocytów. Analogiczne to jest do odczynu szpiku kostnego, w którym myelocyty okazują się we krwi obwodowej w towarzystwie zwiększonej ilości komórek wielojądrzastych.

Histiocyty znajdujemy zatem we krwi obwodowej, w towarzystwie zwiększonej ilości monocytów. Spostrzegamy histiocyty w białaczce monocytarnej (histiocytarnej), w agranulocytozie, (zwłaszcza w okresie początkowym), posocznicy, w podostrem drobnoustrojowem zapaleniu wsierdzia, w gorączce gośćcowej i gośćcowem zapaleniu wsierdzia, rzadziej w gruźlicy i innych zakażeniach, często w *dementia paralytica* (w jednym przypadku połączonym z drgawkami znaleziono je w znacznej ilości), niekiedy w przebiegu białaczek i limfoblastomów. Niektórzy autorzy opisują ich obecność w durze brzusznym, cholerze, malarji, Kala-azar oraz innych schorzeniach.

Histiocyt nie występuje prawidłowo we krwi obwodowej, pozostaje w bezpośrednim związku a może nawet jest prekursorem monocytów, nie pozostawając w żadnym stosunku z innemi ciałkami krwi. Występuje we krwi obwodowej w przypadkach wzmożonej aktywności, wywołanej drażnieniem, bujaniem leukemicznem układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół II. Posiedzenia naukowego odbytego dnia 29 stycznia 1932.

Przewodniczący: Kol. S. Ruff.

1. Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2. Kol. Kielanowski T. przedstawił i omówił preparaty anatomo-patologiczne:

a) *mnogich torbieli śledziony,* kobiety 76-letniej, zmarłej na odoskrzelowe zapalenie płuc. Śledziona jest około dwukrotnie powiększona, o miąższu bladym i wybitnie kruchym, po stronie wnękowej torbiel kulista wielkości średniej pomarańczy, oraz na przednim, górnym brzegu torbiel wielkości dużego orzecha laskowego. Torbiel większa wypełniona była bursztynowym, przejrzystym płynem surowiczym, mniejsza zaś żółtawo-białą masą pastowatą, przedstawiającą pod mikroskopem masy bezpostaciowe i liczne kryształki cholesteryny. Ściany obu torbieli zbudowane są ze zbitej tkanki łącznej, wykazują częściowe zwyrodnienie szkliste oraz złogi soli wapniowych. Torbiele śledziony należą do zmian rzadko stwierdzanych, mogą być zmianami nowotworowemi, pasorzytniczemi, pozostałością po zawałach, lub też mogą powstać z silnie rozszerzonych naczyń limfatycznych. W danym przypadku należy je najbardziej uważać ze względu na budowę ścian i rodzaj treści mimo wielkich rozmiarów, za torbiele limfatyczne.

b) *Mózg z niedorozwojem częściowym w zakresie półkul* dziewczyny 20 letniej, która cierpiała na ciężką padaczkę, u której sekcyjnie wykazano m. i. rozległą gruźlicę otrzewnej oraz nos siodełkowaty i zęby Hutchinsona, mogące przemawiać za kiłą wrodzoną. Mózg waży 950 g, zwoje słabo rozwinięte. W zakresie obu płatów ciemieniowych, w odległości 2—3 cm od linji środkowej, są widoczne zagłębienia podłużnie przebiegające, długości około 8 cm, szerokości około 4 cm, głębokości do 3 cm. Zwoje są w zakresie tych zagłębień wybitnie wąskie i niedorozwinięte. Opony miękkie wykazują w zakresie płatów czołowych, w szczególności zaś w zakresie owych zagłębień, zgrubienia i zmleczenia, oraz zrost między oponami obu płatów czołowych. Zagłębienia wypełnione były płynem bezbarwnym, galaretowatym. Naczynia na podstawie mózgu są normalnie rozwinięte. Badanie histologiczne wykazało zgrubienie opon miękkich, nieznaczne zgrubienie ścian drobnych naczyń; nacieków zapalnych niema. Zmiany powyższe należy uważać za następstwa zapalenia surowiczego opon miękkich, przebytego w dzieciństwie, być może na tle kiłowem; otorbiony wysięk zapalny utworzył rodzaj torbieli rzekomych i mechaniczną przeszkodę dla rozwoju odnośnych okolic kory.

c) Preparat sekcyjny *żołądka z zespoleniem żołądkowo-jelitowem,* wykonanem sposobem Poly'a-Reichel'a. U 47 letniej chorej wykonano we wrześniu ub. roku wycięcie odźwiernikowej części żołądka i zespolenie żołądkowo-jelitowe z powodu raka żołądka. Chora zniosła zabieg dobrze, wkrótce jednak pojawiły się uporczywe wymioty po każdem jedzeniu, dalsza utrata wagi i postępujące wyniszczenie. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało w płucach zmiany, mogące odpowiadać przerzutom nowotworu. Sekcja, wykonana w styczniu, wykazała gruźlicę guzowato-włóknistą płuc, oraz brak przerzutów nowotworowych z wyjątkiem gruczołu z okolicy wnęki wątroby, który wykazał przerzut raka gruczołowego. Otwór, łączący żołądek z zespolonem jelitem, jest wąski, o brzegach twardych, bliznowatych i przepuszcza z trudnością mały palec. Jako przyczynę śmierci można uważać wygłodzenie, spowodowane zbyt wąskim otworem zespolenia. (Streszczenie własne).

3. Kol. Nowicki przedstawia i omawia preparaty anatomopatologiczne: a) *Raka* oskrzela, wychodzącego z pnia głównego prawego oskrzela u mężczyzny lat 60. Rak tworzy guzowate, rozpadające się nacieczenie górnego płata prawego, wielkości mniej więcej małej cytryny i następowo przeżera ścianę oskrzela na przestrzeni około 1,5×1 cm. Przerzuty w gruczołach chłonnych kołooskrzelowych. Chory zginął nagle z powodu znacznego krwotoku, wywołanego przeżarciem naczynia (prot. s. 43/32);

b) *mięsaka kraglokomórkowego górnego płata płuca prawego,* który uległ rozpadowi i częściowemu ropieniu. Chory zmarł również z krwotoku z płuc. Nowotwór u mężczyzny lat 35 dał przerzuty do wątroby, nadnercza i do mózgu. Mówca podnosi rzadkość pojawiania się mięsaków płuc, zaznacza pewne trudności rozpoznawcze histologiczne. Pewna część raków płuc uważana jest za mięsaka z powodu niekiedy podobnych obrazów histologicznych; należy zaznaczyć stosunkowo częste pojawianie się przerzutów w mózgu w rakach i mięsakach płuc. W materjale mowcy raki płuc dały prawie w 10% przerzuty w mózgu. Klinicznie w przypadku omawianym wystąpiło nagłe porażenie połowicze. Prot. S. 956/31. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Karczyński, Pieniążek i Tomanek podają szczegółowo objawy kliniczne.

Kol. Tyszka uważa za niewłaściwe założenie odmy w jednym z omawianych przypadków nowotworu płuc, mimo braku danych, któreby pozwalały na rozpoznanie gruźlicy. Jest zdania, że nie powinno się zakładać odmy, jeżeli nie stwierdzi się prątków Kocha w plwocinie.

Kol. Węgrzynowski: podkreśla zmienność przebiegu a tem samem rozpoznanie w jednym z omawianych przypadków, które wahało się w ciągu obserwacji chorego między nowotworem, gruźlicą i kiłą płuca prawego. W przeciwieństwie do Kol. Tyszki jest zdania, że założenie odmy w przypadku nowotworu płuc nie jest błędem terapeutycznym, gdyż założenie odmy w przypadku świeżego nowotworu płuca przynosi choremu ulgę, chociaż krótkotrwałą.

Kol. Nowicki: podkreśla trudności rozpoznawcze na stole sekcyjnym i przy badaniu histologicznem mięsaków płuca.

4. Kol. Adam-Falkiewiczowa demonstrując przypadek *migrena ophtalmoplegica,* omawia pokrótce objawy i przebieg migreny zwykłej. *Migrena ophtalmoplegica* jest znacznie rzadszą postacią migreny, nie występuje rodzinnie i nie jest dziedziczna. Cechuje się przemijającem, okresowem porażeniem mięśni ocznych, występującem zawsze w związku z napadami bólu głowy, po kilkunastogodzinnem lub kilkudniowem ich trwaniu. Po wystąpieniu porażenia znika ból głowy. Porażenia te zawsze prawie tyczą mięśni, zaopatrzonych przez nerw okoruchowy, wyjątkowo przez nerw IV lub VI, do rzadkości należy zajęcie równoczesne n. III razem z IV lub VI względnie wszystkich trzech. Zazwyczaj to porażenie okresowe mięśni ocznych jest jednostronne, zawsze po stronie bólu głowy, w pierwszych napadach daje objawy niedowładu, które po kilku dniach mijają, w miarę powtarzania się porażeń pozostaje po każdym napadzie niewielkiego stopnia niedomoga mięśnia tak, że po długiem trwaniu choroby objawy są trwałe. Porażeniu ulegają albo pojedyńcze mięśnie unerwione przez n. okoruchowy albo też przychodzi do porażenia kompletnego (opadnięcie powieki, zniesienie ruchomości gałki na wewnątrz i ku górze upośledzenie ruchów ku dołowi, rozszerzenie źrenicy ze zniesieniem reakcji na światło i akomodację). Tło i patogeneza tego cierpienia nie są do dziś wyjaśnione. Dla wytłumaczenia migreny zwykłej stworzono teorję reflektoryczną, według której przyczyną napadowych bólów głowy są zmiany w narządach wewnętrznych (przewód pokarmowy, schorzenia nosa i gardła i t. d.), teorja wazomotoryczna tłumaczy napady bólów migrenicznych każdorazowemi zmianami w układzie naczyniowym (teorja przekrwienia, niedokrwienia, zmian w szyjnym odcinku n. współczulnego i t. d.), zwolennicy teorji centralnej dopatrują się przyczyny migreny w samym mózgu, bóle centralne ośrodka dla głowy, przemijający *hydrocephalus* skutkiem angioneurotycznych zmian w *plexus chorioideus,* według Spitzera stwardnienie ścian *foramen Monroi* powoduje przy jakiejkolwiek zmianie w krążeniu utrudniony odpływ z *plexus,* następowy zastój z powiększeniem *volumen* danej półkuli mózgu i uciśnięciem przez to opony twardej, zawierającej włókna czuciowe, do ścian czaszki jest przyczyną bólu migrenicznego. Deyl sądzi, że ból migreniczny wywołany jest każdorazowo przez powiększenie objętości przysadki z uciskiem na n. V i *sinus cavernosus.* Teorję Deyla zużytkowuje Plawec dla wytłumaczenia powstawania *migrena ophtalmoplegica.* Autor ten odnosi bóle napadowe nie do zajęcia n. V a do uciśnięcia przez przysadkę splotu sympatycznego; przy asymetrycznem położeniu przysadki, skutkiem napięcia opony twardej przychodzić ma do uciśnięcia n. III i objawów porażennych. Istnieje też toksyczna teorja migreny zwykłej.

W demonstrowanym przypadku 28-letnia kobieta cierpi od lat dziecinnych na napadowe połowicze prawostronne bóle głowy. Przed około 8—9 laty zauważyła po jednym silnym napadzie migreny rozszerzenie źrenicy oka prawego, które nie ustąpiło, a przeciwnie z biegiem napadów powiększyło się. Po krótkim czasie, również po napadzie bólu głowy wystąpił zez i opadnięcie powieki. Chora dokładnie nie pamięta szczegółów, wie jednak, że zez i dwojenie w oczach nie cofnęły się, lecz stale do dziś się pogarszają. Perjodycznie natomiast powraca opadnięcie powieki, które każdorazowo poprawia się po kilku dniach. Poza objawami kompletnego porażenia n. III nie stwierdzono u chorej innych objawów organicznych, badania pomocnicze wypadły negatywnie. Ponieważ jednak odmiennie od zwykłego obrazu *migrena ophtalmoplegica,* brak w tym przypadku perjodyczności w przebiegu (poza ptozą), nasuwa się podejrzenie, że istnieje w tym przypadku zmiana anatomiczna w okolicy n. III. Z tego powodu chora pozostaje w dalszej obserwacji klinicznej. (Streszcz. własne).

W dyskusji: Kol. Rothfeld podnosi związek, jaki występuje między krwotokami podpajęczynówkowemi a migreną z następowem porażeniem nerwu okoruchowego. W demonstrowanym przypadku przyczyna oftalmoplegji może być różna, być może jednak, że pierwszy krwotok podpajęczyn. tak uszkodził n. III, że przy następnych napadach (obrzęku półkuli) występuje łatwe jego męczenie się.

5. Kol. Ziembicki wygłosił wykład p. t.: *Rozwój studjum lekarskiego we Lwowie od czasów najdawniejszych aż do otwarcia dzisiejszego fakultetu.* (przeznaczone do druku).

Protokół III. posiedzenia naukowego odbytego dnia 5 lutego 1932.

Przewodn.: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. K. Szumowski przedstawia: *przypadek operowanego i wyleczonego ropnia móżdżku pochodzenia usznego,* 3 miesiące po operacji. Chory, lat 22, podaje, że od 10 lat cierpi na wyciek z lewego ucha, o zmiennem nasileniu. Przed 10 dniami przed przybyciem do Kliniki wystąpił nagle ból ucha lewego oraz głowy i podwyższenie ciepłoty do 39°. Po kilku dniach wystąpiły wymioty i zawroty głowy, przyczem bóle głowy zwiększyły się. W stanie bardzo ciężkim zgłosił się na Klinikę. Przy badaniu stwierdzono nieco wydzieliny ropnej, cuchnącej, słabo tętniącej w przewodzie usznym lewym. Brak błony bębenkowej, nieco ziarniny. Wyrostek sutkowy lewy bez zmian. Badanie gardła wykazało podniebienie miękkie słabo ruchome, opadnięte. Chory zamroczony, z trudem odpowiada. Badanie neurologiczne (Kol. Teppa) wykazało wyraźne objawy oponowe i móżdżkowe. Natychmiast wykonano operację radykalną ucha lewego, gdzie stwierdzono perlak w uchu środkowem i jamie sutkowej wielkości dużego orzecha laskowego, częściowo zropiały. Zniszczenie szło w kierunku piramidy. Opona twarda dołu środkowego, odsłonięta na małej przestrzeni, zmian nie wykazywała. Ściany zatoki żylnej, odsłoniętej na dużej przestrzeni, były wyraźnie zgrubiałe, jednakże krew w zatoce była płynną. Wreszcie odsłonięto oponę twardą tylnej jamy czaszkowej pomiędzy tylną ścianą piramidy a zatoką żylną. Opona w tem miejscu była zgrubiała i pokryta wydzieliną. Po nakłuciu jej przy pomocy grubej igły, wydobyto z głębokości około 2 cm około 10 cm^3 brunatnej, płynnej ropy, silnie cuchnącej. Po nacięciu w tem miejscu opony wprowadzono do jamy ropnia drenik kauczukowy. Ranę od tyłu zostawiono otwartą. Punkcja lędźwiowa wykonana zaraz po operacji wykazała płyn mętny o zawartości 96/3 limfocytów, 834/3 leukocytów i 156/3 erytrocytów. Odczyn Pandy'ego ++. Badania bakterjologicznego płynu nie wykonano ze względu na małą ilość pobranego płynu. To nie pozwoliło rozstrzygnąć, czy stwierdzone zapalenie opon mózgowych było pierwotne septyczne, czy też aseptyczne, towarzyszące ropniowi móżdżka. Punkcja lędźwiowa po 4 dniach wykazała bardzo znaczną poprawę, mianowicie tylko 17/3 limfocytów, 25/3 leukocytów, a brak erytrocytów. Badanie bakterjologiczne wydzieliny ropnej wykazało mieszaninę drobnoustrojów, składającą się z paciorkowców, gronkowców, maczugowców błonicy rzekomej oraz beztlenowców. Choremu robiono codziennie opatrunki, czasem nawet dwa razy dziennie, które polegały na zmianie drenika, przepłukaniu jamy ropnia rozczynem 1‰ riwanolu w ilości 20 cm^3 zapomocą podwójnej rurki Jurasza, następnie na aspiracji płynu z jamy ropnia, założeniu świeżego drenika oraz świeżych setonów jodoformowych. Przez kilka dni utrzymywała się obfita ropa, silnie cuchnąca, przyczem okazało się, że ropa nie odpływała dobrze przez drenik kauczukowy, ponieważ zginał się on pod kątem. Wobec stwierdzania zastoju ropy w jamie ropnia, zmieniono drenik kauczukowy na kawałek gumowej rękawiczki, ułożonej w harmonijkę i włożonej do jamy ropnia zapomocą korncangi. W ten sposób skonstruowany drenaż jamy ropnia był doskonały, nie stwierdzano już więcej zastoju ropy, która mogła swobodnie odpływać pomiędzy poszczególnemi blaszkami rękawiczki gumowej. Oprócz tego chory otrzymywał codziennie zastrzyk dożylny 10 cm^3 urotropiny 40%, ogółem 20 zastrzyków, oraz kilkakrotnie zastrzyk omnadyny. Po miesiącu chory zaczął chodzić, obecnie czuje się zupełnie dobrze, miewa tylko od czasu do czasu bóle głowy. Rana pooperacyjna zagojona, w uchu utrzymuje się nieznaczny wyciek ropny.

Ropnie móżdżka otwierać można dwojaką drogą, albo drogą trepanacji kości potylicznej, albo drogą trepanacji wyrostka sutkowego. Dla ropni móżdżka pochodzenia usznego uważamy drogę uszną za bardziej wskazaną i racjonalną, gdyż nietylko usuwamy równocześnie źródło zakażenia, lecz również mamy bliższy i lepszy dostęp do samego ropnia, a ciężkość zabiegu jest taka sama. Przy otwieraniu ropnia móżdżka drogą uszną mamy dwojaki sposób otwierania zależnie od umiejscowienia zmian w kości i samego ropnia, a to albo nawewnątrz albo nazewnątrz od zatoki żylnej. (Streszczenie własne).

Kol. St. Teppa omawia część neurologiczną pokazu. Przedstawia trudności rozpoznawcze przypadku przed zabiegiem operacyjnym na tle zasłaniania nieznacznych tylko objawów móżdżkowych, objawami ciężkiego zapalenia opon mózgowych. Rozpoznanie ropnia móżdżka postawiono na podstawie następujących objawów: patologiczne ustawienie głowy z przechyleniem w prawo, oczopląs w obie strony z przewagą ku stronie ogniska, porażenie podniebienia oraz ślad niepewności w lewej ręce (strona ogniska). W przebiegu pooperacyjnym po ustąpieniu objawów oponowych objawy móżdżkowe wystąpiły o wiele wyraźniej, poczem stopniowo cofały się. Obecnie chory objawów neurologicznych prawie zupełnie nie wykazuje. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Ostrowski przychyla się do metody operacyjnej, wybranej przez Kol. Szum. Drenowanie przy pomocy rękawiczki uważa za dobre i już dawno podkreślał zalety tego sposobu drenowania, jednak dwukrotne w ciągu dnia drenowanie rękawiczką jest niekorzystne. Jeżeli z powodu nagromadzania się ropy koniecznie trzeba zmieniać opatrunek 2 razy dziennie, to należałoby tylko zmieniać opatrunek powierzchowny, a nie wkładać drenu z rękawiczki do środka.

Kol. Ruff: zastrzega się przeciw przepłukiwaniu jamy ropnia móżdżku rozczynem riwanolu, gdyż łatwo spowodować można mechaniczne uszkodzenie ścian ropnia i móżdżku, a sam rozczyn jako taki nie działa.

Kol. Szumowski w odpowiedzi: jednorazowa zmiana opatrunku nie wystarczała, gdyż ropa gromadziła się szybko i wydobywała się pod ciśnieniem. Przepłukiwanie stosowano dlatego, że na podstawie doświadczenia z ropniami skroniowemi daje ono dobre wyniki, siła stosowana przy przepłukiwaniu jest nieznaczna, a płyn wydobywa się drugą rurką. Przepłukiwać zaprzestano dopiero wtedy, gdy ropa nie była cuchnąca. Dren z rękawiczki wyjmowano dlatego przy każdej zmianie opatrunku, gdyż nie można było płukać bez wyjęcia. Kiedy ilość ropy zmniejszyła się, zostawiano dren z rękawiczki na stałe, a zmieniano opatrunek powierzchowny.

3) Kol. Ostrowski T.: *Leczenie chirurgiczne ropni płuc.* (patrz artykuł wstępny).

W dyskusji: kol. Węgrzynowski: w sprawie ropni płuc i ich leczenia porzednio przy sposobności demonstracyj swoich współpracowników Cybulskiej i Grochowalskiego wypowiadał się obszerniej, obecnie podnosi jedynie wątpliwości co do korzystnego działania wyrwania nerwu przeponowego w wypadkach ropni. Ma wrażenie, że zabieg ten przez porażenie przepony raczej utrudnia opróżnianie się ropnia drogą oskrzeli (Streszcz. własne).

Kol. Szumowski: podnosi, że nie zawsze zachłystywanie się przy tonsilektomji jest przyczyną powstawania ropni płuc. Na klinice otolaryngolog. lwowskiej na około 700 wykonanych tonsilektomij niema ani jednego przypadku ropnia płuc. Kol. Sz. jest zdania, że bronchoskopja w leczeniu ropni płuc jest za mało stosowana, chociaż w Ameryce stosują tę metodę leczniczą z bardzo dobrym wynikiem, jednak osobistego doświadczenia w tym kierunku nie ma.

Kol. Grabowski zwraca uwagę, że wielkość abscesu płucnego nie może stanowić wskazania do zabiegu, gdyż nawet bardzo duże ropnie, — jak wykazują przedstawione rentgenogramy — mogą ulec wygojeniu samoistnemu. Decydującym w wyborze postępowania leczniczego jest obraz kliniczny w szczególności zachowanie się krzywej ciepłoty a przedewszystkiem leukocytozy. Omawia następnie sposoby postępowania w zachowawczem leczeniu ropni płuc stosowane na klinice chorób wewnętrznych oraz wyniki. (Streszcz. własne).

Kol. Ostrowski w odpowiedzi: frenikotomja umożliwia zapadanie się ropnia z powodu wyższego ustawienia przepony i wydalenia ropy do oskrzela. Potem już się ropień tak znacznie jak pierwotnie ropą nie wypełni. Zgodnie z kol. Szumowskim jest zdania, że bronchoskopja jest za mało stosowana w leczeniu ropni płuc. Przy jej pomocy można nietylko opróżniać ropnie, lecz także wprowadzać środki antyseptyczne.

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 15 marca 1932 r. o godz. 8 wiecz. Na porządku dziennym: 1. Mikułowski Wł. O problemie trudności rozpoznawczych kiły wrodzonej. 2. Moczarski W. i Kotarska-Dettloff H. Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. Część II. 3. Sabat Br. Sprawozdanie z III Międzynarodowego Kongresu Radjologów w Paryżu.